

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1222. Noviembre 2021



ESPECIAL
SALUD SEXUAL

Una cuestión prioritaria para
el bienestar de la población



ATERINA

SULODEXIDA

El tratamiento eficaz
en todos los estadios de la
Insuficiencia Venosa Crónica⁽¹⁾



FINANCIADA desde
C3-Edema (moderado-grave)
a C6-Úlcera Venosa



Aportación Reducida

- ✓ Mejora los síntomas y signos
- ✓ Acelera el proceso de cicatrización de las Úlceras Venosas
- ✓ Previene la progresión de la enfermedad



SUMARIO

ESPECIAL SALUD SEXUAL

La salud sexual es fundamental para el bienestar general de las personas. Lo asegura la Organización Mundial de la Salud (OMS), que resalta también la importancia que tiene para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países. En el caso de las mujeres, tradicionalmente, no ha sido una de las prioridades de la Medicina. Por ello, pese a los últimos esfuerzos, aún existe mucho margen de mejora en este ámbito. En el caso de los varones, una buena sexualidad masculina que integre aspectos orgánicos y psicosociales es esencial para la salud global de los hombres.



REPORTAJES

6 Salud sexual: una cuestión prioritaria para el bienestar de la población



12 Salud sexual femenina: muchos retos pendientes

REPORTAJES



20 La salud sexual en el hombre, centinela de enfermedades



26 La realidad transgénero en la asistencia sanitaria

ENTREVISTAS



32 Froilán Sánchez
Médico de familia y sexólogo clínico.
Secretario

General de la AISM
(Academia Internacional de Sexología Médica)



38 Cristina Oliver
Adjunto del Servicio de Ginecología y Obstetricia del

Hospital General Universitario Gregorio Marañón



44 Juan Ignacio Martínez-Salamanca
Coordinador del Grupo de Andrología

de la Asociación Española de Urología



48 Ignacio Sáinz
Coordinador del Grupo de Trabajo de Disfunciones Sexuales en

Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología



54 Francisca Molero
Presidenta de la FESS (Federación Española de

Sociedades de Sexología)



61 Ángel Luis Montejo
Presidente de la Asociación Española de Sexualidad

y Salud Mental

OTROS TEMAS

Diabetes: de la insulina a la terapia génica 66

Fue Noticia 72

Instantánea Médica 78

El Médico

EDITA:

saned.
GRUPO

Redacción: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 08.

Administración: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 10.

Suscripciones: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Directora:

Leonor Rodríguez

Subdirector médico:

Federico Pérez

Redacción: Ester Crespo, Isabel Sánchez Aguiar y Blanca Erce

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:

<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Silvia C. Carpallo, Nekane Lauzirika, Paco Romero, Antonio Morente, Ángeles Huertas, Javier Granda, Jorge Sánchez, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Esther Murillo.

Agencia: Europa Press.

Otras secciones: Derecho Sanitario: ASJUSA-ABOGADOS y Ricardo De Lorenzo.

Humanidades Médicas: Dr. Fernando Ponte y Dr. Ángel Rodríguez Cabezas, Dr. José Antonio Trujillo.

Publicidad Madrid: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500.

e-mail: elmedico@gruposaned.com.

Publicidad Barcelona: Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541.

e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

Suscripciones: 9 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros. Resto de países: 100 euros.

Asociación de Prensa Profesional **APP** Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. Empresa Periodística n.º 3.657 Soporte Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2021. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Nosotros tenemos la experiencia y...

Juntos
descubriremos
el
camino



¿Estar sano sin importar la edad?

En Viatris, sabemos que usted valora mucho la salud. Por eso nos comprometemos a que los medicamentos en los que confía estén disponibles.

Para más información, visite viatris.com



VIATRIS

Everywhere health matters

ESPECIAL SALUD SEXUAL/REPORTAJE



La salud
sexual:
una cuestión
prioritaria
para el bienestar
de la población

Texto] María García

Fotos] EL MÉDICO



La salud sexual es fundamental para el bienestar general de las personas. Lo asegura la Organización Mundial de la Salud (OMS), que resalta también la importancia que tiene para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países.

La organización indica que la salud sexual “requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia”. La capacidad para que hombres y mujeres logren esa salud y el bienestar sexuales pasa, según la OMS, por el acceso a información completa y de buena calidad sobre el sexo y la sexualidad; el conocimiento sobre los riesgos a los que se pueden enfrentar y su vulnerabilidad a las consecuencias adversas del sexo sin protección; la capacidad para acceder a la atención de la salud sexual; y el vivir en un ambiente que afirme y promueva esta salud sexual.

En caso contrario, la población puede enfrentarse a problemas relacionados con la salud sexual. Y son muchos. Abarcan la “orientación sexual y la identidad de género, la expresión sexual, las relaciones y el placer”. También incluyen consecuencias negativas o condiciones como las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), infecciones de transmisión sexual (ITS) e infecciones del tracto reproductivo (ITR) y sus resultados adversos (como cáncer e infertilidad); embarazos no deseados y abortos; disfunción sexual; violencia sexual; y prácticas nocivas.

Aumento de las ITS

En España, varios comités del Plan Operativo 2019-2020 de la Estrategia de Salud Sexual trabajaron sobre una definición de la salud sexual integral que incluía el “uso de los métodos anticonceptivos y de prevención”. Su utilización es clave para evitar la transmisión de ITS. Pero, en los últi-

mos años, la prevalencia no ha hecho más que crecer.

Cada día más de un millón de personas en todo el mundo contraen una ITS. Estas, como recuerda Josefina López de Muñain, del Servicio Enfermedades Infecciosas, OSI Bilbao-Basurto, Osakidetza, y miembro del Grupo de estudio de ITS (GeITS) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), “no solo producen enfermedades agudas como vaginitis, cervicitis, uretritis, proctitis y úlceras genitales. También pueden originar complicaciones crónicas y graves como la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI), infertilidad, embarazos ectópicos, dolores pélvicos crónicos, muerte neonatal, partos prematuros, artritis reactivas, cáncer, etc., además de incrementar el riesgo de transmisión y adquisición del VIH”. Así lo señalaba en un artículo recogido en la publicación *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*.

La información epidemiológica poblacional de estas infecciones en España se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria y del Sistema de Información Microbiológica incluidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). El último informe, con datos de 2018 y revisados en 2020, muestran cómo la incidencia ha ido multiplicándose exponencialmente en los últimos años.

Por ejemplo, en el año 2018 se notificaron 11.044 casos de infección gonocócica. Eso corresponde a una tasa de 24,2 por 100.000 habitantes, muy por encima de la 2,04 que había en 2001. En cuanto a la sífilis, en 1995 había unos mil casos. La tasa descendió a 1,77 por cada 100.000 habitantes en los años 2000 y 2001. Después fue aumentando. En 2018 era de 10,87.

Aunque si hay una infección que es prevalente esa es el Virus del Papiloma Humano.

La frecuencia de la infección en mujeres en España es del 14,3 por ciento; el 29 por ciento se produce en jóvenes de 18-25 años. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recuerdan que hay más de 100 tipos. Aproximadamente 40 de ellos pueden transmitirse tanto a las áreas genitales como a la boca y la garganta a través del contacto sexual directo.

Desde 2007 se recomienda en España la vacunación en mujeres adolescentes y, desde 2018, también para población con condiciones de riesgo de ambos sexos. Sobre todo, porque se sabe que “la infección por algunos tipos de papilomavirus es causa de parte de los cánceres anales, vulvares, vaginales, peneanos y orofaríngeos”, tal y como señala la OMS. También están detrás de casi todos los casos de cáncer de cuello de útero.

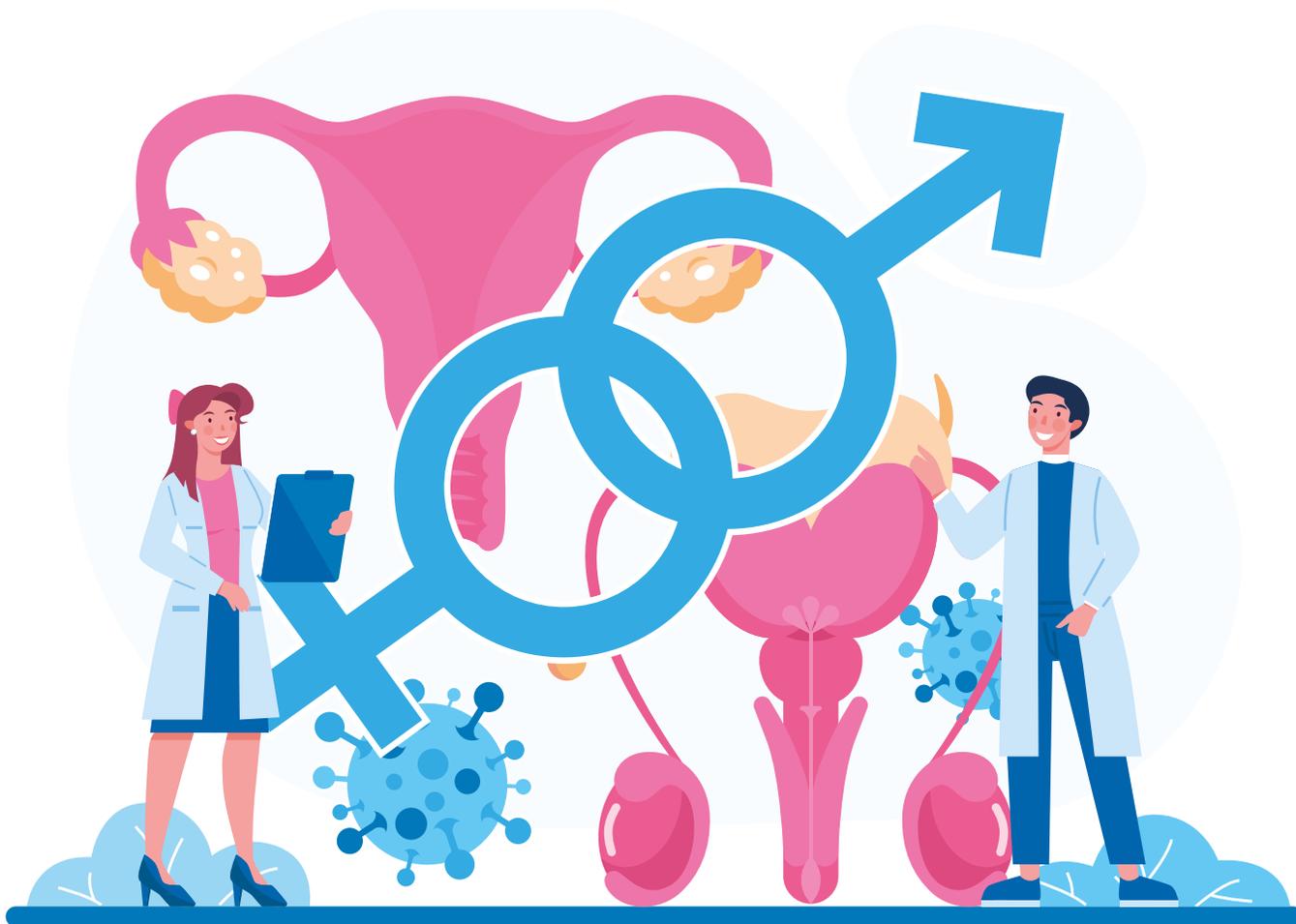
Cada día más de un millón de personas en todo el mundo contraen una ITS

Nuevo Plan de Prevención del VIH

Preocupan además los casos de VIH. El Ministerio de Sanidad estima que la tasa para 2019 será de 7,46 por 100.000 habitantes una vez se haya completado la notificación de todos los diagnósticos realizados ese año.

“La transmisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) fue la más frecuente, 56,6 por ciento, seguida de la transmisión heterosexual, que supuso un 32,3 por ciento, y la ocurrida en personas que se inyectan drogas (PID), que sumó un 2,6 por ciento. Por tanto, el 88,9 por ciento de los nuevos diagnósticos de VIH en 2019 fueron de transmisión sexual”, recoge en un informe el Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida.

La ministra de Sanidad, Carolina Darias, avanzó el 22 de octubre la próxima aprobación del nuevo Plan de Prevención y Control de la Infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) para el período 2021-2030.



La pandemia ha entorpecido la salud sexual

La pandemia ha hecho que la salud sexual diera algunos pasos hacia atrás. Según la OMS, la planificación familiar y el control de la natalidad se han visto gravemente interrumpidos por culpa de la COVID-19 en siete de cada 10 países afectados.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) indica que, en 114 países de ingresos bajos y medianos, más de 47 millones de mujeres no pueden acceder a los anticonceptivos. Un artículo publicado por el *Guttmacher Institute* señala que las medidas de confinamiento también han interrumpido las cadenas de suministro y la capacidad de acceder a los centros de salud. “Los productos relacionados con la salud sexual y reproductiva se volvieron inaccesibles o se agotaron, lo que obstaculizó directamente la salud y los derechos sexuales

y reproductivos de millones de mujeres y niñas”, aseguran.

“En un intento por controlar su propagación, los países han impuesto bloqueos locales y nacionales, lo que afecta a muchos servicios de salud, especialmente a los servicios de salud sexual y reproductiva, que en realidad son esenciales y salvan vidas”, recoge otro artículo de la *Revista Europea de Anticoncepción y Atención de la Salud Reproductiva*.

Bajo el título ‘Era de COVID-19: un comienzo de aumento en los embarazos no deseados, necesidad insatisfecha de anticoncepción y otros problemas relacionados con mujeres’, la autora asegura que “en un futuro próximo, esto tendrá como resultado un gran número de consecuencias graves, entre las que se incluyen el aumento de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos, los embarazos no deseados, el aumento de los abortos inseguros, las muertes maternas y neonatales y otras

prácticas nocivas como la mutilación genital femenina y los matrimonios infantiles en los países en desarrollo”.

En España, la Sociedad Española de Contracepción elaboró un documento que definía las prestaciones sanitarias asociadas a la salud reproductiva que no debían demorarse, aunque implicaran el desplazamiento de pacientes al centro sanitario. Se incluían la solicitud de interrupción voluntaria de embarazo (IVE) solicitud de anticoncepción de urgencia, sospecha de ITS, de complicaciones severas asociadas a diferentes métodos anticonceptivos, y atención a las víctimas de violencia de género. También en el caso del DIU, la sospecha de infección o sangrado menstrual abundante justificaba que la atención no podía esperar.

Inequidad en los servicios de salud sexual

Con todo, algunos de estos problemas ya se venían dando antes de la pandemia. Varias organizaciones llevan años reclaman-



do una mayor equidad en todo el país en cuanto a la salud sexual.

El informe ‘Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España’ elaborado por varias entidades y publicado en 2016, muestra que “los recortes en la atención sanitaria a nivel nacional y autonómico afectan de manera particular a la vida de las mujeres a la hora de recibir atención médica. Asimismo, la desigual relación de poder entre hombres y mujeres, y las distintas formas de violencia contra las mujeres, repercuten negativamente en su salud física, mental, emocional y social”.

El trabajo resalta que existe una instrumentación excesiva del parto con altas tasas de cesáreas y episiotomías, y que “no resulta siempre sencillo acceder a una interrupción voluntaria del embarazo a través del sistema público sanitario español”. Dos problemas que, cinco años más tarde, aún persisten.

Alta prevalencia de la disfunción sexual

La disfunción sexual es otro de los problemas relacionados con la salud sexual. En una ‘Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales’ publicada por el Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM), el médico y sexólogo Carlos San Martín las clasificaba como trastornos de la excitación: disfunción eréctil; trastornos de la eyaculación y el orgasmo, que incluyen eyaculación precoz, retardada, retrógrada y aneyaculación, así como dolor durante la eyaculación; y trastornos del deseo, que engloban el deseo sexual hipactivo, trastorno por aversión al sexo y adicción al sexo.

Sixto L. Alcoba Valls, médico de Atención Primaria y sexólogo, clasifica en la misma guía las disfunciones sexuales de la mujer como trastornos del deseo: deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo, trastorno de la excitación sexual en la mujer; y vaginismo y dispareunia.

La guía apuesta por que el médico de Atención Primaria esté preparado para atender de la mejor forma posible estos problemas por “la alta prevalencia de los trastornos sexuales”. En la introducción,

el médico, psicólogo y sexólogo Francisco Cabello Santamaría señala que no resulta fácil conocer la incidencia real porque muchas investigaciones no especifican la clasificación de las disfunciones a las que se acogen.

No obstante, “casi todas las series indican una prevalencia muy elevada”. “Así, para Masters y Johnson, un 50 por ciento de parejas heterosexuales presenta alguna disfunción sexual. Frank, Anderson y Rubistein establecen una prevalencia de disfunciones sexuales en parejas, de un 40 por ciento para los varones y un 60 por ciento para las mujeres. Nathan mantiene unas cifras del 1 al 15 por ciento en hombres y 1 al 35 en mujeres; Spector y Carey encuentran una prevalencia del 4 al 10 por ciento de la población, y, por último, Laumann, Paik y Rosen fijan una prevalencia del 31 por ciento para los hombres y 43 para las mujeres”, relata.

Más especialización en violencia sexual

En los últimos años también se está haciendo una labor importante por atajar la violencia sexual. Abarca, según la

OMS, actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física.

Las consecuencias de la violencia sexual en la salud de supervivientes masculinos y femeninos son amplias. Con todo, la OMS recuerda que las niñas y las mujeres soportan la carga más abrumadora de traumatismos y enfermedades resultantes de la violencia y la coacción sexuales, “no solo porque constituyen la gran mayoría de las víctimas, sino también porque son vulnerables a consecuencias para la salud sexual y reproductiva, como embarazos no deseados, abortos inseguros y un riesgo mayor de contraer infecciones de transmisión sexual, inclusive la infección por el VIH, durante el coito vaginal”. “Aun así, es importante observar que los hombres también son vulnerables a la infección por el VIH en casos de violación”, añaden.

Además de los efectos en la salud reproductiva, la OMS resalta que la violencia sexual tiene otras consecuencias significativas para la salud, entre las que se incluyen el suicidio, el síndrome de estrés posttraumático o lesiones autoinfligidas. En el caso de abuso sexual de menores, puede que adopten conductas de alto riesgo como tener múltiples parejas sexuales y consumo de drogas, entre otras.

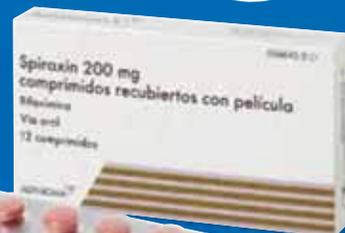
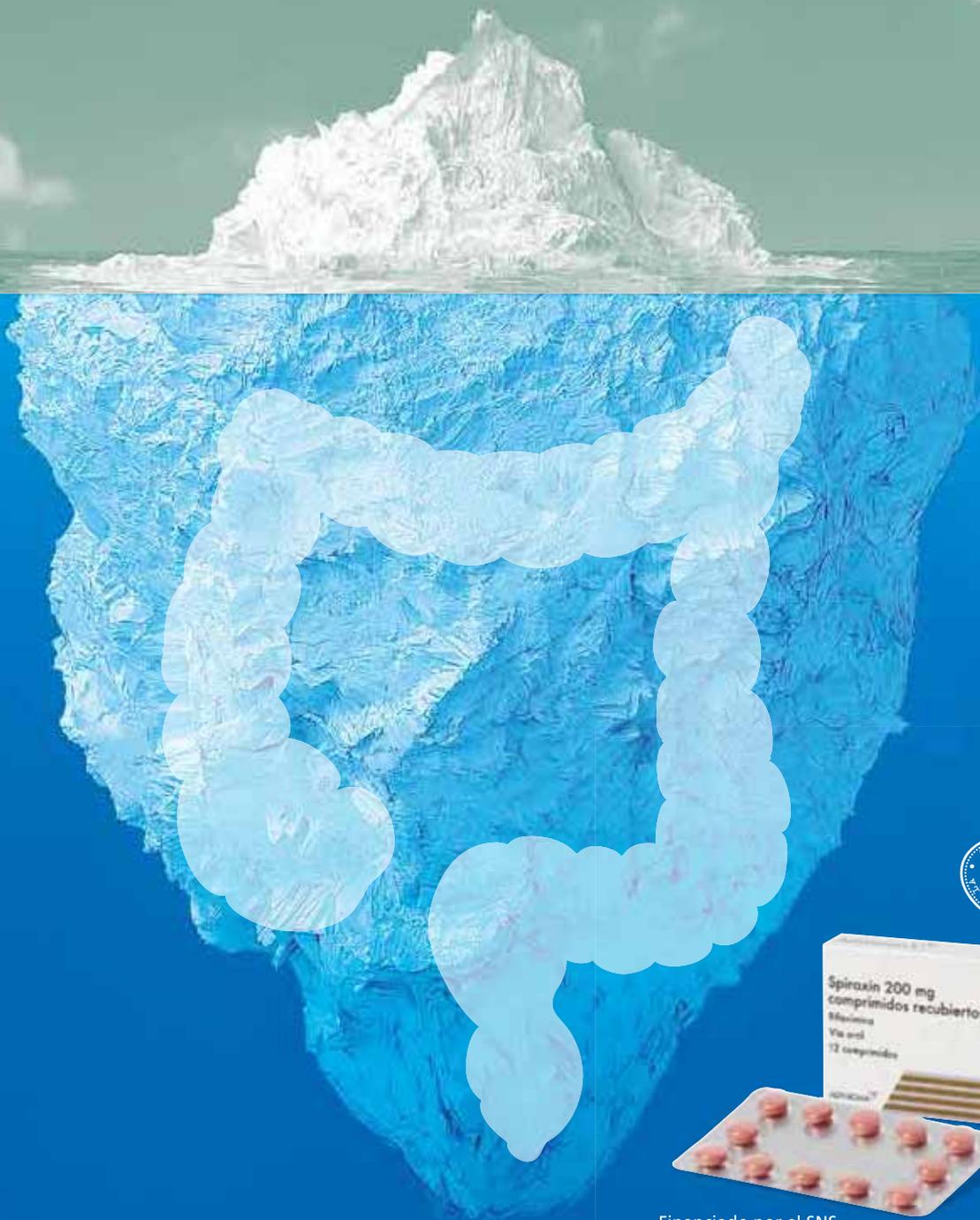
La prestación de servicios de atención de salud y médico jurídicos integrales a las víctimas, con personal capacitado, es clave para proporcionar apoyo psicológico, anti-conceptivos de emergencia o brindar información sobre abortos seguros. Solo así se puede intentar mitigar los efectos en la salud que van a sufrir los supervivientes de la violencia sexual ■



SPIRAXIN

Rifaximina- α

Eficacia intestinal asegurada en la Enfermedad Diverticular



Financiado por el SNS

ESPECIAL SALUD SEXUAL/REPORTAJE





Salud
sexual
femenina:
muchos retos
pendientes

Texto | Silvia C. Carpallo



La salud sexual femenina no ha sido una de las prioridades de la Medicina tradicionalmente. Por ello, pese a que en los últimos años se ha hecho un esfuerzo por mejorar tanto en prevención, como en diagnósticos o en tratamientos, aún existe mucho margen de mejora en este ámbito para lograr una mayor equidad y una mayor calidad de vida para muchas mujeres.

La Medicina ha avanzado a pasos agigantados en los últimos años. En patologías como el cáncer se ha pasado de trabajar casi a ciegas a contar con biomarcadores específicos para la mutación de cada uno de los genes afectados. Se ha reducido la mortalidad cardiovascular y los tratamientos han mejorado no solo su eficacia, sino, sobre todo, sus efectos adversos en pro de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Pero no se ha avanzado igual en todos los campos. Un ejemplo de ello son todos los retos que aún quedan pendientes en la salud sexual femenina, donde cuestiones tan comunes como el sangrado menstrual o la menopausia siguen pasando factura a millones de mujeres. O donde patologías como la endometriosis, hasta hace pocos años, causaban un total desconcierto en las consultas y aún hoy solo han comenzado a visibilizarse poco a poco.

Una cuestión nada baladí. Según datos del manual MSD, se calcula que entre un 6 y un 10 por ciento de las mujeres tienen endometriosis. Aunque el porcentaje es mayor en las mujeres con infertilidad (del 25 al 50 por ciento) y en las que tienen dolor pélvico crónico (del 75 al 80 por ciento). Sin embargo, el verdadero problema es que realmente no se conoce exactamente cuántas mujeres tienen endometriosis porque en general solo puede diagnosticarse mediante la visión directa del tejido endometrial (lo que requiere una intervención quirúrgica, normalmente la laparoscopia).

Este es solo un ejemplo de patologías relacionadas con la salud sexual femenina en

las que todavía hay un amplio margen de mejora, tanto diagnóstica, como en tratamientos. Pese a ello, lo cierto es que en los últimos tiempos se está haciendo un mayor esfuerzo en este ámbito, que comienza a dar sus frutos, sobre todo, en el ámbito de la prevención.

Así lo ponía de manifiesto el presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Txantón Martínez-Asatorquiza Ortiz de Zárate, en una entrevista concedida a la revista EL MÉDICO. “Si algo se cuida la mujer es en las patologías ginecológicas. Hay bastante cultura en este ámbito, las mujeres están muy mentalizadas, son muy inteligentes y quieren cuidarse. Y cuidarse pasa por tener una consulta ginecológica con cierta periodicidad. Cada vez más las consultas atienden a mujeres que son sanas”.

Aunque este es precisamente el primer ámbito de mejora. “Hay que tener en cuenta que en los centros públicos no se ofrece esta prestación, pero las mujeres sí que van al ginecólogo con asiduidad”. Es decir, siempre y cuando puedan acudir a revisiones en la Sanidad Privada, lo que supone una falta de equidad en la prevención de algunas patologías.

La menstruación, el gran hándicap

La mitad de la población del mundo menstrúa. Solo por ello la menstruación debería ser una prioridad a nivel sanitario, pero

la realidad es que sigue siendo una vivencia llena de mitos. Quizás no aquellos que comentaban las abuelas respecto a cortar la mayonesa, pero sí en reconocer cuándo la menstruación cursa con normalidad y cuándo hay signos de alerta que pueden estar avisando de que algo no funciona correctamente. Una es el caso del dolor intenso durante la menstruación, que puede ser señal de un caso de endometriosis, como ya hemos comentado. El otro es el caso del sangrado abundante.

Según el artículo ‘Actualización sobre el sangrado menstrual abundante’, publicado en la revista oficial *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el sangrado menstrual abundante es un problema de salud que afecta al 27,2 por ciento de las mujeres en Europa. De las mismas, solo el 54 por ciento acuden al ginecólogo por este problema de salud. En España, incluso se estima que menos de la mitad de las mujeres con este trastorno van por iniciativa propia a consulta, normalizando las reglas abundantes como una fase más de la evolución de su vida reproductiva.

Este desconocimiento de la población provoca trastornos en la calidad de vida. No obstante, estos sangrados abundantes llevan asociados dolores y a menudo la aparición de anemias. A este respecto, Jorge Fernández Parra, jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves recordaba que “hay que decirles a las mujeres que consulten cuando sus reglas afecten a su calidad de vida, porque hay muchas opciones para mejorarla”.

De hecho, existen medios diagnósticos para detectar las causas y establecer un tratamiento adecuado a las necesidades y preferencias de las pacientes. Tal y como describen desde la SEGO, tradicionalmente, han existido dos tipos de tratamiento

para la menorragia: el farmacológico (no hormonal y hormonal) y, cuando este no estaba indicado o no era eficaz, la histerectomía. Esta es una intervención quirúrgica por la cual se extirpa el útero de la mujer. A partir de ahí, se han ido desarrollando técnicas menos invasivas que ayudan a mejorar la calidad de vida de las mujeres con menorragia, ofreciendo una alternativa para aquellas mujeres que no toleran o en las que no están indicados los tratamientos hormonales, y que quieren preservar su útero.

Como novedad, y ante la evidencia demostrada por datos publicados en varios estudios, la SEGO explicaba recientemente que la ablación endometrial de segunda generación es una opción para las mujeres que no quieren tratamientos hormonales y buscan soluciones definitivas para su enfermedad, o en casos en los que estos no están indicados o no son efectivos.

Una de estas técnicas de segunda generación más utilizadas es la que emplea energía eléctrica bipolar mediante radiofrecuencia, englobada dentro de las técnicas conocidas como ablación endometrial. Se trata de una intervención mínimamente invasiva, que permite calcular automáticamente la potencia necesaria de radiofrecuencia a liberar según las características de la cavidad uterina de la mujer, con el fin de eliminar adecuadamente el endometrio. Por ello, es importante concienciar a las mujeres de la existencia de este tipo de posibilidades y hacerlas accesibles para mejorar su calidad de vida.

Tratar los síntomas de la menopausia

Otro de los campos de mejora respecto a la calidad de vida en la salud sexual femenina es, sin duda, la menopausia. Según el estudio 'MAS DONNA, mujer activa y síntomas de la menopausia', elaborado por DONNPlus, con el aval de la AEEM (Asociación Española para el Estudio de la Menopausia), más del 60 por ciento de los gi-



necólogos consideran que la menopausia tiene un gran impacto en la calidad de vida de la mujer.

Pese a ello, y de forma similar a como ocurre con la menstruación, en muchas ocasiones las mujeres normalizan los síntomas asociados, cuando en realidad es posible tratar gran parte de ellos. Según este mismo estudio, entre el 25 y el 50 por ciento de las mujeres no solicitan tratamiento cuando acuden a su consulta, debido principalmente al desconocimiento sobre las opciones disponibles para poder aliviar sus síntomas. Por otra parte, entre aquellas que sí lo hacen, suelen tardar entre 6 y 12 meses en pedirlo, según reconocen casi la mitad de los ginecólogos entrevistados.

Cabe recordar que, tal y como recogen desde la web de Sanitas, los sofocos son el síntoma más frecuente durante los tres primeros años después de menopausia,

apareciendo casi en el 80 por ciento de las mujeres. Sin embargo, su incidencia y frecuencia se reduce con la edad: 42 por ciento al cabo de diez años y 25 por ciento después de 20.

Otro síntoma habitual son las alteraciones del sueño, que sufren el 67 por ciento de las mujeres menopáusicas, aunque con una severidad muy variable. También se dan otros síntomas frecuentes como irritabilidad o cambios de humor, que son otro síntoma muy frecuente (63 por ciento) en los primeros años de menopausia, aunque en este caso se da en mayor medida en las mujeres más jóvenes. Asimismo, la sequedad vaginal la padecen un 54 por ciento y, en muchos casos, afecta negativamente a su vida sexual, pese a los muchos productos disponibles en el mercado para este problema. Por último, también hay casos de dolores articulares, aunque estos son más frecuentes en mujeres de más de 55 años de edad.



La mejora de los cribados

Si bien los problemas relacionados con la menstruación o la menopausia preocupan por su frecuencia, sin duda, los mayores retos en cuanto a la salud sexual femenina derivan de los procesos oncológicos. Aunque también se han producido grandes mejoras al respecto, sobre todo, en el ámbito de la prevención.

Un ejemplo de ello es la implantación de diversos cribados. “Con los programas de cribado de cáncer de mama que se han implantado en toda España se están detectando cánceres en estadios muy precoces. Esto hace que la supervivencia de algunos tumores llegue hasta el 95 por ciento. Es esencial la medicina preventiva del cáncer de mama y de cérvix. También el de útero y el de ovario, pero, en estos casos, es más difícil llevarla a cabo”, mencionaba el presidente de la SEGO.

A este respecto, entre lo más novedoso están los últimos esfuerzos realizados en el área del cáncer de cérvix. Este ha demostrado la obtención de una disminución de mortalidad en las mujeres. Desde hace 50 años este programa se ha realizado en España mediante citología y con carácter oportunista. Sin embargo, el pasado 2019 el programa se modificaba dentro de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de salud pública para pasar a ser un programa organizado de carácter poblacional. Esto suponía incorporar la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) como prueba primaria de cribado en una parte de la población diana, es decir, mujeres de entre 25 y 65 años. En concreto, el Ministerio de Sanidad daba cinco años a las Comunidades Autónomas para su implantación, siendo algunas de las de más reciente incorporación al mismo Andalucía o Cas-

tilla y León. No obstante, aún no se han incorporado al mismo todas las mujeres españolas pertenecientes a la población diana.

Cabe recordar que, además del programa de cribado, en el caso de las mujeres que cumplen criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario se realiza la valoración del riesgo individual y su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

En esta línea, donde existe un mayor margen de mejora es en el caso del cáncer de ovario. Un reciente trabajo realizado por el Servicio de Diagnóstico Ginecológico por la Imagen del centro Dexus Mujer demostraba que la ecografía transvaginal es una herramienta útil para la detección del cáncer de ovario en estadios tempranos. De esta forma, concluían que esta herramienta

podría ayudar a agilizar el diagnóstico y aplicar un tratamiento cuando el tumor se encuentra en sus primeras fases, y, por tanto, podría contribuir a reducir la tasa de mortalidad.

Esta conclusión se basaba en 606.770 ecografías transvaginales con Doppler color de 153.403 pacientes, que fueron realizadas entre 1999 y 2020 en el Servicio de DGI en Dexus Mujer para realizar la revisión ginecológica anual de control. Así, se diagnosticaron y confirmaron posteriormente a través de un estudio histológico tumores malignos de ovario en 107 pacientes.

Pese a ello, la práctica clínica parece más compleja. “En cáncer de ovario nos preocupa que se ha demostrado que, aunque a una mujer se le haga una ecografía vaginal todos los años, no es suficiente, porque no se detectan la mayoría de estos tumores, que aparecen tras una eclosión. Pasan de no tener nada a, en seis meses, tener afec-

tadas estructuras anexas”, comentaba a EL MÉDICO Txantón Martínez-Astorquiza Ortiz de Zárate.

Conductas sexuales de riesgo

Otro factor a tener en cuenta en la salud sexual son, sin duda, las infecciones de transmisión sexual (ITS), que han ido en aumento en los últimos tiempos. Según un informe publicado en 2016, por el Ministerio de Sanidad, las ITS se han convertido en un grave problema de salud. En concreto, según el mismo, los casos de sífilis, infección gonocócica y clamidia no han dejado crecer desde 1995.

De hecho, este aumento ha parecido inmune a la pandemia. En países como en Italia, según datos presentados en el 29 Congreso de la Academia Europea de Dermatología y Venereología, a pesar del distanciamiento social por la COVID-19, había aumentado el diagnóstico de gonorrea, sífilis secundaria y el micoplasma genital. Al menos, así se analizaba en la ciudad de Milán durante la primera ola.

Sin embargo, cabe reseñar que, en el caso de España, sí se producía un parón en los diagnósticos durante el confinamiento. Aunque con el paso de los meses se ha confirmado que la tendencia sigue siendo de aumento de la incidencia. Así lo recordaban el pasado Día Mundial de la Salud Sexual desde la Academia Española de Dermatología y Venereología. Por ello, los dermatólogos insisten en que, en el caso de ITS como la clamidia, no presentan síntomas ni lesiones visibles, por lo que hay que ser proactivo en su identificación y diagnóstico. Además, algunas ITS incrementan el riesgo de contagio de la infección por VIH al compartir mecanismos de transmisión. Por poner en contexto, según datos de la AEDV, más del 50 por ciento de las infecciones de transmisión sexual se producen en personas de entre 20 y 35 años. La más frecuente es la infección por el Virus del Papiloma Humano (entre un 70 y un 80 por ciento de la población se-

xualmente activa puede resultar infectada) y después otras como son la infección por Chlamydia Trachomatis, sífilis, gonorrea, herpes genital o Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En cuanto a los motivos de este aumento, reflexionaba sobre los posibles factores Alicia Comunión, coordinadora del Grupo para la investigación de las ETS y Sida de la Academia Española de Dermatología (AEDV). “Hay una clara disminución del uso del preservativo por causas multifactoriales: la falta de educación sexual, el número de parejas sexuales, la falta de percepción del riesgo que ocasiona el consumo de drogas y alcohol, etc. Sin embargo, es clave recuperar su uso y concienciar a los más jóvenes sobre las diferentes ETS y su forma de transmisión”.

Confirmando estos datos, desde la Sociedad Española de Contracepción, insisten en que el uso en la población general de métodos anticonceptivos describe un preocupante uso del preservativo en nuestro país. Si bien es el método anticonceptivo más utilizado por las mujeres españolas, la última encuesta fechada en 2020 revela que un 33,3 por ciento de las mujeres en edad fértil que lo utilizan, reconocen no utilizar el preservativo de forma consistente en todas sus relaciones sexuales, un 37 por ciento de las cuales reconoce no tener pareja estable. Además, entre las parejas usuarias de dicho método, un 27,8 por ciento lo utilizan de forma incorrecta, es decir una vez ya se ha iniciado la relación sexual.

La importancia del factor psicológico

Más allá de las cuestiones meramente clínicas, la salud sexual también pasa por una buena salud mental. Así lo recuerda en una entrevista para la revista EL MÉDICO el sexólogo José Bustamante, miembro permanente de la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual. “Ha calado el mensaje de que el sexo está en la cabeza y no en los genitales. Sin embargo, en la prácti-

ca, las personas cuando tienen un problema sexual siempre intentan explicarlo con factores orgánicos, si es la consecuencia de un problema físico, hormonal, etc., y aunque estos problemas existen y no hay que desatenderlos, la mayoría de los problemas sexuales tienen que ver muchísimo más con factores de tipo psicológico.

Muestra de ello son los principales motivos de consulta sexual en el caso de las mujeres. “En mujeres el principal motivo de consulta es la falta de deseo, seguido de las dificultades para alcanzar el orgasmo en pareja, que no en solitario, donde encuentran menos dificultad”. Es decir, dos problemas en los que suele influir más la mente que el cuerpo.

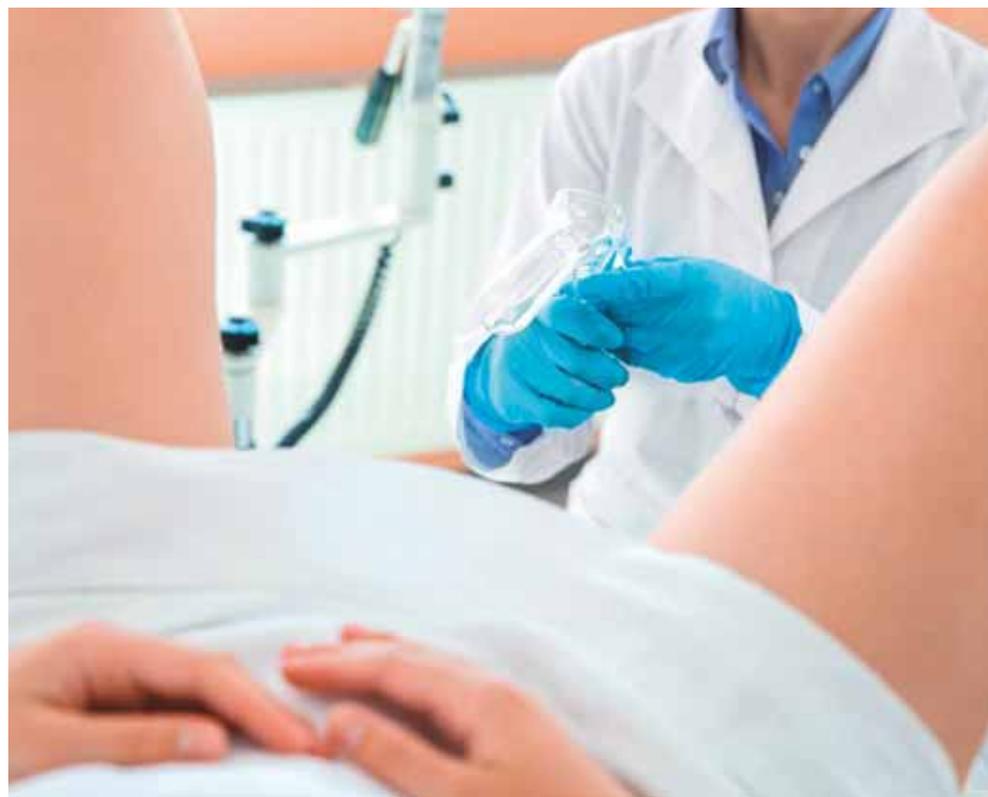
Precisamente, respecto al deseo sexual femenino, el experto expone que este ha

sido un área de especial interés de la industria farmacéutica. “Sí se ha estudiado mucho, incluso llegó a haber un fármaco en el mercado, pero su recorrido fue escaso porque no logró conseguir grandes avances”, precisamente porque el deseo responde a factores más de tipo emocional que orgánicos.

Más allá de las cuestiones meramente clínicas, la salud sexual también pasa por una buena salud mental

“Lo que ocurre muchas veces, sobre todo, en relaciones estables, es que el deseo sexual aparece mientras ya estamos teniendo un momento íntimo con la

pareja. Estamos compartiendo un momento, un abrazo, nos miramos, nos tocamos, y es ahí cuando se enciende la chispa. Pero si yo estoy esperando en la cotidianidad de mi día a que algo me lleve a tener ganas de tener sexo, suele pasar que la monotonía, el cansancio, las preocupaciones, el estrés y que otros muchos factores va-





yan a hacer que el deseo no se pueda colar entre todas esas tareas y obligaciones”.

Por todo ello, como conclusión, José Bustamante apunta que una buena salud sexual también pasa por un buen autocuidado. “En el caso de la pérdida de deseo, más que medidas enfocadas a la propia sexualidad, son muy efectivas medidas que tienen que ver con el autocuidado de la mujer, que dedique tiempo a su bienestar, a su descanso. Todo ello sumado a detectar y corregir todos los factores que tiene que ver con una mala educación sexual”.

Salud sexual y violencia de género

Precisamente, en relación con la importancia de la educación sexual y el bienestar físico y emocional, en ocasiones el problema radica no tanto en el ritmo de vida de la persona, sino en el tipo de relación de pareja que comparte. Los casos más sencillos dependerán de tratar con un terapeuta de pareja ciertos problemas de convivencia, los más complejos pueden esconder una relación tóxica o de violencia de género, que también incumbe a los profesionales sanitarios.

No obstante, hace unos meses, la ministra de Igualdad, Irene Montero, anunciaba un “instrumento estandarizado” para que los sanitarios puedan detectar casos de violencia machista. Si bien aún no se conocen más detalles al respecto, los profesionales de Atención Primaria ya trabajan activamente en este sentido. Como ejemplo, desde SEMERGEN cuentan con un Plan Estratégico en Violencia de Género, que se trata de una iniciativa pionera como sociedad científica. Una de las claves del mismo es desarrollar estrategias de prevención, intervención y comunicación. Esto incluye incorporar preguntas de cribado sobre violencia de género.

Hay que recordar que el maltrato físico, mental, social, económico y sexual también tiene un impacto en la salud de la mujer



Este fue uno de los temas abordados en la parte *online* del 43 Congreso Nacional de SEMERGEN. Como explicaba Dunia Montalvo, residente de Medicina Familiar y Comunitaria y miembro del Grupo de Trabajo de Atención a la Mujer de SEMERGEN, la violencia de género aumentó durante el confinamiento. Sin embargo, “aún existe mucha reticencia a preguntar por este tema en consulta”. Sobre todo, por una cuestión de falta de formación.

Aunque preguntar sobre esta cuestión, como se pregunta sobre el hábito de fumar, es clave. Hay que recordar que el maltrato físico, mental, social, económico y sexual también tiene un impacto en la salud de la mujer, que no debe olvidarse. En los casos más graves pueden existir consecuencias físicas como traumatismos o incluso lesiones que lleven a la discapacidad o a

la muerte. Pero también existen otras afectaciones. Por ejemplo, en la esfera sexual y reproductiva, con embarazos no deseados, abortos, nacidos con bajo peso, aparición de infecciones de transmisión sexual o dolor pélvico crónico. Asimismo, el estrés puede llevar a otros síntomas somáticos como vómitos, dolor de espalda, de cabeza o dolor torácico.

Incluso, según Montalvo, hay estudios que relacionan la violencia de género con la aparición de patologías como la hipertensión arterial, diabetes o cardiopatía isquémica, generalmente, relacionada con el estrés mantenido, el escaso ejercicio físico por no salir de casa o el abuso de sustancias como el alcohol y el tabaco. Es por ello que es importante no solo formar al profesional, sino también sensibilizar a la paciente de que la Atención Primaria es un recurso en el que puede pedir ayuda y sentirse apoyada. “La Medicina, al final, también va de encontrar problemas sociales que influyen en la salud”, concluía Montalvo ■

SOMOS información

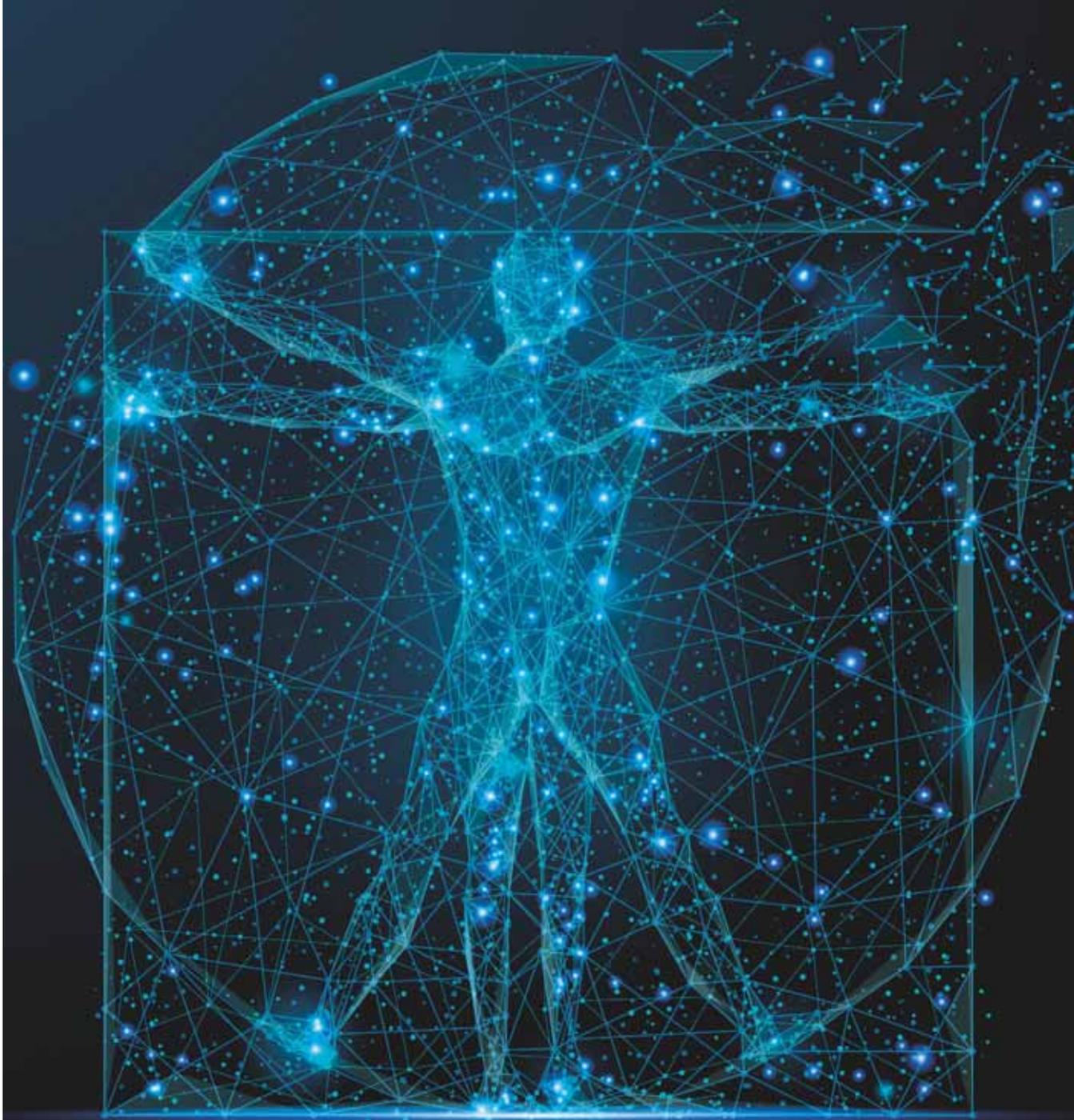


El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com

ESPECIAL SALUD SEXUAL/REPORTAJE





La
salud
sexual
en el
hombre,
centinela de enfermedades

Texto | Mónica M. Bernardo



La sexualidad masculina se ha asociado, en el imaginario colectivo, con la hombría de un individuo y su dotación física. Pero, lejos de los clichés, una buena sexualidad masculina que integre aspectos orgánicos y psicosociales es esencial para la salud global de los hombres. Así se recoge, incluso, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas.

La salud sexual es una parte integral de las personas, por lo que tiene un impacto directo en su calidad de vida y en su bienestar. No en vano, las alteraciones sexuales, además de influir en la salud física del hombre, son causa de problemas psicológicos y sociales que condicionan enormemente su calidad de vida.

La disfunción eréctil, la eyaculación precoz, las alteraciones de la libido o anorgasmia son las alteraciones más frecuentes, pero no las únicas. A medida que envejecemos nos encontramos con diversas variaciones en el organismo que también afectan a la salud sexual. Por otro lado, los cambios físicos, las enfermedades, las discapacidades y el uso de ciertos medicamentos pueden interferir también en gran medida en la sexualidad de las personas.

Todo ello debería abordarse en las consultas de Atención Primaria, según los expertos, con el objetivo de poder ofrecer a los pacientes soluciones y herramientas que les permitan mantener una vida sexual sana a cualquier edad. Una realidad que, por desgracia, aún está lejos de materializarse.

Salud sexual y enfermedad coronaria

La disfunción eréctil (DE) o incapacidad para conseguir y prolongar una erección suficiente para mantener una relación sexual es la principal causa de consulta sobre sexualidad en el hombre. Puede ser causada por hipogonadismo, temas vasculares o motivos psicológicos. Su prevalencia varía en función de las poblaciones, pero se podría aseverar que algo más de la mitad de los hombres mayores de 60

años padecen algún tipo de DE. El estudio EDEM (Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina) refiere que la sufren entre el 12 por ciento y el 19 por ciento de los españoles de entre 25 y 70 años, un porcentaje que va aumentando a medida que lo hace la edad. Lo más alarmante es que también señala que el 56 por ciento de ellos nunca se ha preocupado por este problema.

En la mayor parte de los casos, el origen de esta enfermedad se encuentra en otras patologías, principalmente en la enfermedad cardiovascular: cardiopatías isquémicas, hipertensión, arteriopatía periférica... Pese a que la relación entre ambas patologías está demostrada desde hace una década, en muchas ocasiones no se correlacionan, dejando la disfunción eréctil sin diagnosticar. Sin embargo, es aún más relevante destacar que, a la inversa, la DE puede ser un síntoma centinela de proble-

mas cardiovasculares y de ictus. De hecho, un estudio asegura que el 93 por ciento de los pacientes con enfermedad coronaria ya mostraba signos de DE hasta dos años antes del diagnóstico.

En el caso de la hipertensión arterial, entre el 8 por ciento y el 10 por ciento de los hombres hipertensos no tratados presenta disfunción eréctil en el momento del diagnóstico. Después del mismo, este porcentaje se eleva, ya que los fármacos usados

interfieren en gran medida en la salud sexual del varón.

Disfunción eréctil y otras comorbilidades

Otras patologías coligadas a la disfunción eréctil son la diabetes, el síndrome metabólico, las relacionadas con los problemas derivados de la próstata y la depresión. En lo que atañe a la diabetes, la DE es común entre los hombres que la padecen, sobre todo, en los que tienen diabetes tipo 2. La causa de esta asociación puede encontrarse en la alteración del sistema nervioso periférico, en problemas vasculares o en el escaso control de la glucosa en la sangre. En estos pacientes, la disfunción eréctil suele aparecer en edades más tempranas y en su forma más severa y, al igual que en el caso de las enfermedades coronarias, puede ser un predictor de la diabetes.

En el Documento de Consenso sobre Disfunción Eréctil se estima que entre el 50 y el 75 por ciento de los varones diabéticos presentarán DE, siendo esta enfermedad

el primer signo de diabetes en el 12 por ciento de los casos. Este compendio, promovido por la Asociación Española de Andrología (ASESA) en colaboración con la Asociación Española de Urología (AEU) y participación de otra decena de entidades científicas, concluye

que la probabilidad de que un hombre con diabetes tenga disfunción eréctil se multiplica por tres en el caso de aquellos que están tratados.

Los problemas relacionados con la próstata como la hiperplasia benigna de próstata (HBP) o el cáncer de próstata también tiene una asociación directa con los problemas sexuales. Se calcula que ambas patologías tienen una prevalencia similar en los varones mayores de 50 años. Además,

La disfunción eréctil o incapacidad para conseguir y prolongar una erección suficiente para mantener una relación sexual es la principal causa de consulta sobre sexualidad en el hombre

la HBP es la causa más frecuente de los síntomas del tracto urinario inferior que, a su vez, van acompañados de una disminución en la función sexual.

Modificar hábitos, parte de la terapia

Desde la Guía Salud Sexual del Hombre, de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), se señala que es esencial considerar esas comorbilidades a la hora de diagnosticar a los pacientes y también a la hora de pautar los tratamientos. En el caso del cáncer de próstata, un elevado porcentaje de pacientes sometidos a cirugía sufrirá DE, siendo más variable en el caso de la radioterapia o la braquiterapia.

Más allá de la alteraciones génito-sexuales, los trastornos sexuales que afectan a los hombres también tienen que ver con su estilo de vida. En el documento de sociedad científica se destaca que el comportamiento sexual requiere de un proceso de aprendizaje y, por ello, una adecuada educación sexual es clave en el desarrollo integral humano. En este aspecto influyen factores como el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad o la falta de ejercicio, hábitos que en el momento en el que se modifican tienen un impacto positivo en la salud sexual del varón.

El manejo global de la DE va a depender del tipo de disfunción, la etiología y la severidad, entre otros. El documento de consenso liderado por ASESa hace un repaso exhaustivo de cómo manejar esta patología tanto desde Atención Primaria como en los servicios de Urología. Entre los principales abordajes destaca, precisamente, la modificación de los estilos de vida, además de tratamientos farmacológicos sintomáticos y otros para las enfermedades asociadas.

En los casos de personas jóvenes cuya DE tiene causa psicógena, hormonal o han sufrido traumas pelvianos se

La eyaculación precoz afecta al 43 por ciento de los hombres españoles en algún momento de su vida



deben considerar la terapia sexual, el tratamiento hormonal o la cirugía revasculizadora, reza el consenso.

Eyaculación precoz, la más frecuente

Más frecuente aún que la disfunción eréctil es la eyaculación precoz. Pese a que no existe una definición explícita, hablamos de la incapacidad para controlar de forma voluntaria el reflejo para eyacular antes, durante o después del coito. Afecta al 43 por ciento de los hombres españoles en algún momento de su vida, según se desprende del Estudio Demográfico Español Sobre Eyaculación

Precoz de la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva.

Uno de los grandes problemas de esta patología son las consecuencias psicológicas personales que acarrea: angustia, frustración, negativa de tener intimidad sexual..., más allá del dolor físico o las molestias que puede producir. Como casi todos los problemas sexuales, existen muchos casos sin diagnóstico a causa de la vergüenza o el miedo a reconocer el problema y consultarlo con el especialista.

Las causas de la eyaculación precoz son múltiples y van desde el consumo de drogas, fármacos irritantes prostáticos, hasta alteraciones neurológicas, an-



siedad ante la relación sexual, rapidez en la estimulación sexual, incluso, falta de habilidades sexuales. En la Guía Salud Sexual en el Hombre, los problemas emocionales derivados de esta patología van asociados a evitar las relaciones, reducción del deseo sexual y conflictos con la pareja.

Por eso, los tratamientos no solo se enfocan en el campo psicológico, sino que requieren de técnicas de terapia sexual que ayuden al control de la eyaculación por parte del paciente. Entre algunas de las prácticas más utilizadas está la focalización sensorial, la autoestimulación dirigida, la técnica de parada-arranque de Semans, el apretón basilar o la rehabilitación del suelo pélvico con los ejercicios de Kegel, entre otros.

Las emociones y la sexualidad masculina

En palabras del doctor Vicent Bataller, sexólogo, psicoterapeuta y profesor de Sexología en las universidades de Almería, Extremadura y Sevilla: “En la sexualidad humana la interacción entre lo psíquico y lo físico es muy complicado de desligar. Los síntomas sexuales del varón, como la eyaculación precoz y las disfunciones de la erección, están ligados a la ansiedad anticipatoria, el estrés, el miedo a no estar a la altura, el auto observarse o rol del espectador... son elementos psicológicos que se somatizan y producen malestar y alteraciones”.

Bataller, quien también es presidente de Sexólogos Sin Fronteras, alude al estudio de Farré y Las Heras (1998) que señala que hay factores psicológicos que predisponen a sufrir alteraciones sexuales. Algunos de ellos son: creencias morales y religiosas, una inadecuada educación sexual, modelos maternos y paternos inadecuados; y experiencias traumáticas o vivencias negativas de la sexualidad en la infancia.

Se estima que entre el 50 y el 75 por ciento de los varones diabéticos presentarán disfunción eréctil

“Algún fallo esporádico o ‘gatillazo’, la infidelidad, la depresión, la ansiedad, el estrés, momentos puntuales de cansancio y otros factores emocionales relacionados con el sentimientos de culpa, la falta de atracción a la pareja, el miedo a la intimidad, la escasez de estímulos eróticos, el deterioro de la autoestima, la auto imagen, otros miedos o fobias, trastornos mentales, adicciones, consumo de alcohol, etcétera, también tienen un gran impacto en la sexualidad masculina”, indica el especialista.

Deseo sexual: falta o exceso

Ligados a este aspecto psicológico encontramos los trastornos de deseo sexual hipactivo y la falta de libido que también requieren de manejo clínico. En este caso, la edad y las circunstancias generales y socioculturales del paciente son elementos a tener en cuenta al hacer el diagnóstico. Su manejo terapéutico está relacionado con un tratamiento a base de testosterona en el caso de que hay déficit de esta hormona, así como en la modificación de estilos de vida guiados por el consejo sexual experto que irá encaminado a aumentar la erótica.

Para aumentar la libido, tanto del hombre como de la mujer, el sexólogo y psicoterapeuta recomienda poner los cinco sentidos a disposición del erotismo y del placer. “Técnicas de auto sensibilización, de autoerotismo, películas eróticas, masajes, aceites, telas, juegos... Y, algo fundamental, incluir en la agenda personal la sexualidad y el crecimiento erótico a nivel individual y en la pareja”.

En el polo opuesto está la hipersexualidad. Aunque no es considerado un trastorno

propriadamente dicho, lo cierto es que existen criterios diagnósticos –sin validar– que lo definen. Lo sufren personas que tienen un exceso de deseo y conductas sexuales intensas que pueden interferir en su vida diaria y que pueden llegar a un deterioro personal, social y profesional. Esta alteración requiere de un abordaje multidisciplinar que incluya terapia farmacológica y psicoterapia.

El doctor Bataller incide en que en cualquier trastorno sexual siempre se debe descartar que existan otras disfunciones psicológicas relacionadas con anorexia, depresión, ansiedad, alcoholismo, adicciones a drogas y trastornos mentales, fundamentalmente.

La libido durante la COVID-19

La situación pandémica que hemos vivido a lo largo de 2020 no ha ayudado a mejorar las alteraciones sexuales, ni en las mujeres ni en los hombres. Según el Proyecto Inside, un estudio de Saulex liderado por la Universidad Jaime I de Castellón y publicado en la revista *Sexuality Research and Social Policy*, el confinamiento influyó en la vida sexual del 52 por ciento de los españoles. Esta investigación revela que no solo varió la frecuencia y el tiempo dedicado, sino también los hábitos y las relaciones.

Parece que ese cambio en la salud sexual no ha sido para mejor, ya que los resultados arrojados revelan un 38 por ciento de reducción de la vida sexual acompañada de una pérdida de deseo sexual, más acuciada en la población masculina. Como si de una patología se tratara, este cambio en la vida sexual de los españoles se ha traducido en mayor irritabilidad (en el 25 por ciento de los casos), malestar psicológico (en el 22 por ciento) y conflictos de pareja (en el 12 por ciento).

En el lado opuesto están quienes aumentaron las masturbaciones, entre un 13 y un 25 por ciento de los hombres. No obstante, ese incremento no se vio equiparado en una mayor satisfacción, dado que el 26 por ciento aseguró que fueron menos placenteras. Además, el 47 por ciento de los españoles recurrió a la actividad sexual virtual, con un consumo de 35 minutos diarios en el caso de los hombres, 11 puntos más antes de la pandemia.

Repunte de las ETS

La falta de contacto y relaciones sexuales durante el confinamiento tuvieron su lado positivo al frenar el contagio de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sin embargo, con el levantamiento de las prohibiciones, estas han vuelto a repuntar con fuerza. Valga de ejemplo la alerta de las autoridades sanitarias navarras que informaron –en el primer trimestre de este año– de un incremento de un 60 por ciento de infecciones de sífilis, VIH y Chlamydia respecto del año anterior, y un 120 por ciento por encima de las cifras de 2017.

La sintomatología de algunas ETS en el hombre pueden confundirse con las de una infección de orina y, a veces, no se consulta con los especialistas. Pero no hay que olvidar que las ETS pueden ser causa de otros problemas más importantes de salud. Mejor que un buen diagnóstico, la mejor terapia para las enfermedades venéreas está en la prevención.

Los profesionales de la salud juegan un papel fundamental en la prevención y tratamiento de estas enfermedades. En este escenario, el Ministerio de Sanidad elaboró en 2017, de la mano de varias sociedades científicas, el Documento de Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual en Adultos, Niños y Adolescentes. Entre las recomendaciones que recoge destaca la realización de cribados y la educación sanitaria como pilar de prevención y control ■

¿MANEJAMOS ADECUADAMENTE LA SALUD SEXUAL EN ESPAÑA?

La incidencia de las disfunciones sexuales en el hombre es alta a lo largo de todo el ciclo de la vida. Esta realidad contrasta con la falta de una especialidad médica enfocada en el manejo de los trastornos sexuales, algo que llevan reclamando los médicos desde hace décadas. Al no existir ese reconocimiento, son muchos los profesionales que deben estar formados en este campo para poder dar respuesta a los pacientes y detectar otras patologías subyacentes. No en vano, el tratamiento y control de las disfunciones sexuales facilita el seguimiento y la adherencia terapéutica de otras enfermedades.

El sexólogo Vicent Bataller, coordinador del Grupo de Trabajo de Salud Sexual y Derechos Sexuales del Ayuntamiento de Valencia, se muestra rotundo al señalar que la salud sexual no se maneja de forma adecuada en el Sistema Nacional de Salud. “De entrada, podríamos decir que no existe, ya que ni siquiera se contempla de forma regular”.

“Hay escasos ejemplos como el de la Comunidad Valenciana. Aquí existe una red de centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSR) donde el Servicio Valenciano de Salud contempla la figura de los sexólogos, aunque la especialidad como tal no está reconocida ni como categoría profesional. Aún así, llevamos décadas formando en diferentes universidades públicas y privadas”, explica. Más allá de nuestras fronteras, la salud sexual es un derecho reconocido en el contexto internacional. Países como Francia, Italia o Alemania hace tiempo que cuentan con profesionales específicos en los diferentes sistemas públicos de salud.

En nuestro país, contamos con una norma de 2010, donde se establecen actuaciones para promover y atender la salud sexual, así como la formación e investigación en este campo. Un año más tarde, se aprobó la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), aunque no ha tenido mucho recorrido. Ambos documentos se basaron en los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual, de 2009, los últimos que tenemos sobre la salud sexual de la población española lo que da una idea del poco interés que suscita.

Un reto más para AP

En lo que se refiere el ámbito sanitario, algunas Comunidades Autónomas cuentan con centros de salud sexual y reproductiva, pero son intervenciones puntuales que existen gracias al compromiso de los profesionales sanitarios involucrados. No obstante, casi todos coinciden en que la mejor manera de realizar la prevención y promoción de la salud sexual es a través de los centros de salud.

En este escenario y tal como resume la Guía de Buena Práctica Clínica en Disfunciones Sexuales propiciada por la Organización Médica Colegial y el Ministerio de Sanidad, las principales demandas sexuales a las que se debe dar respuesta en Atención Primaria son: las secundarias a problemas orgánicos, psicopatológicos y secundarias a tratamientos; a la educación sexual a lo largo de las diferentes etapas vitales del individuo; y a las alteraciones sexuales propiamente dichas.

En dicho documento, también se aboga porque se ofrezca consejo sexual desde los centros de salud, no solo para los pacientes con disfunciones sexuales, sino también como una estrategia de prevención y como método para alentar relaciones sexuales saludables menos vulnerables a estas patologías.

ESPECIAL SALUD SEXUAL/REPORTAJE





La
realidad
transgénero
en la asistencia
sanitaria

Texto  Silvia C. Carpallo



La población transgénero no siempre percibe una verdadera equidad en su asistencia sanitaria, ya que todavía existe mucho desconocimiento sobre la realidad de estas personas. Más allá del margen de mejora en la relación médico-paciente, este colectivo tiene ciertas implicaciones sanitarias, como los efectos de su posible tratamiento hormonal, o el abordaje de una hipotética cirugía, que precisan de un mayor conocimiento clínico. Es por ello, que las sociedades científicas de las especialidades más implicadas han avanzado en los últimos años en la investigación y formación al respecto, aunque todavía es necesario contar con mayor evidencia.

Hasta hace bien poco la investigación médica no entendía de géneros. Casi toda, por defecto, estaba centrada en la realidad masculina. No ha sido hasta los últimos años que se ha incluido una perspectiva de género que ha permitido entender que ni las patologías ni sus consiguientes tratamientos afectan de igual manera a hombres y mujeres. Sin embargo, la sociedad avanza aún más deprisa, y cuando empezamos a entender estas diferencias en torno al género, llega una nueva pregunta: ¿Qué pasa con aquella población que no se encuadra en lo estrictamente masculino ni en lo estrictamente femenino?

Se calcula que entre un 0,5 y un 1,3 por ciento de la población se identifica como transgénero. Tal y como define el término la *American Psychological Association*, se trata de personas cuya identidad de género, expresión de género o conducta no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se les asignó al nacer.

La cuestión es que estos porcentajes son relativos. La realidad transgénero no es nueva, pero el aumento de la visibilidad del colectivo y del conocimiento de la población ha permitido que un mayor número de personas puedan identificarse como tal. No obstante, esto se observa en los datos de prevalencia en adolescentes, que estarían entre el 1,2 y el 4,1 por ciento, según cifras manejadas por la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE).

Siendo así, es obvio que este colectivo, como toda la población, precisará de asistencia médica en un momento u otro, por lo que la realidad transgénero también impacta en el día a día de muchas especialidades médicas. Pese a ello, actualmente el conocimiento clínico es aún escaso. Por eso mismo, diferentes sociedades científicas han hecho un esfuerzo investigador y formativo en esta área, con el objetivo de que los profesionales sanitarios tengan una mayor información en este ámbito, para tratar con equidad a todos sus pacientes.

Despatologizar la realidad transgénero

Antes de abordar las cuestiones clínicas relacionadas con el tratamiento al que deciden someterse algunas personas transgénero, bien sea solo hormonal o también quirúrgico, la primera idea a tener en cuenta es que la identidad transgénero no tiene nada que ver con ningún tipo de patología relacionada con la salud mental. De hecho, la nueva 'Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI', incluye la libre autodeterminación de género. Es decir, que una persona pueda cambiar el nombre y el sexo en el DNI solo con su voluntad, sin la necesidad de informes médicos o evaluación psicológica. Hasta el momento, era necesario un diagnóstico médico de disforia de género y un tratamiento hormonal de dos años para que una persona trans pudiera cambiar su sexo en el registro. No obstante, no fue has-

ta 2018 cuando la Organización Mundial de la Salud dejó de considerar la transexualidad como un trastorno.

En esta línea, Antonio Becerra Fernández, coordinador del grupo GIDSEEN (Identidad de Género y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición), insistía recientemente en que "la despatologización y autodeterminación han sido claves en la evolución del abordaje de estas personas". Sin embargo, estos siguen siendo algunos de los retos para el sistema público de salud. En concreto, para que facilite todos los instrumentos necesarios para su mejor estado de salud.

Atención Primaria: la puerta de entrada también en menores

La primera puerta de entrada al sistema sanitario, en esta y en otras cuestiones, sigue siendo la Atención Primaria. Teniendo en cuenta que la mayor información de los niños, jóvenes y de sus padres ha permitido identificar la cuestión transgénero en edades menores, es habitual que los pediatras de Atención Primaria sean los primeros especialistas a los que acuden los niños y las niñas trans y sus familias, en busca de información, asesoramiento y apoyo.

Sobre los pasos a seguir en estos casos, ofrece más datos al respecto Pedro Gorrotxategi, vicepresidente de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y pediatra de Atención Primaria en Gipuzkoa. "Lo principal es que el menor no sufra. Tenemos que acompañarle en su tránsito y dejar que sea él quien marque el ritmo, según sus deseos. Nosotros le acompañaremos y ayudaremos en todo momento". Así, "es importante que entiendan que su situación no es única y que puede ayudarles ponerse en contacto con asociaciones de familiares de niños y niñas trans".

Por su parte, el pediatra de Atención Primaria José Emilio Callejas señala que el perfil de los menores de edad que suelen acudir con esta consulta es el de "niños pequeños, incluso de tres, cuatro o cinco

años, que acuden acompañados de sus padres”. Las familias “ven en ellos una tendencia, en sus juegos y relaciones, que no va en línea con su sexo asignado al nacer y, a menudo, acuden preocupados por los problemas de convivencia que esto les pueda ocasionar, así como por el fracaso que pudiera suponer en el desarrollo personal del menor”.

Por este motivo, este especialista defiende la necesidad de un mayor conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de los distintos protocolos y guías de actuación en las diferentes comunidades autónomas.

La cirugía y su perspectiva multidisciplinar

A la hora de abordar la atención sanitaria de las personas transgénero una de las áreas que más ha avanzado es el proceso para aquellas que solicitan realizar lo que comúnmente se conocía como un “cambio de sexo”.

Actualmente, esta intervención se conoce como cirugía de afirmación de género y es una subespecialidad en auge dentro de la Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. No obstante, el llamado ‘affirming gender care’ ha experimentado un impulso crucial en avance científico-médico y en su mejor accesibilidad.

Como explica Ana I. Arnó, especialista en cirugía de afirmación de género de la SECPRE, “lo más habitual y aconsejable es que inicialmente la persona transgénero o diversa de género que desea iniciar un proceso de transición y confirmación de género consulte con su médico de familia (si es adulto) o pediatra (en caso de niños/adolescentes)”. Una vez aportada la información necesaria, derivará al individuo a los correspondientes de un equipo multidisciplinar de género. Este incluye al médico endocrinólogo y al cirujano plástico, reparador y estético, que son piezas clave entre otros muchos profesionales colaboradores.



Sin embargo, en este equipo también están los cirujanos generales, ginecólogos, urólogos (para colaborar en el seguimiento recomendado de por vida de los pacientes tras la faloplastia, por ejemplo), cirujanos maxilofaciales, otorrinolaringólogos, anestesiólogos, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas (del suelo pélvico y demás territorios), logopedas, el equipo de enfermería y auxiliares, y atención al cliente o coaching de pacientes.

“Es muy importante que el enfoque del proceso de transición y confirmación de género se plantee de forma multidisciplinar y coordinada, con un trato y atención profesionales, respetuosos, empáticos e inclusivos, no solo antes, sino también después de la cirugía, si es que esta finalmente se lleva a cabo”, insiste la experta.

En cuanto a la cirugía en sí misma, aporta más información Iván Mañero, igualmente especialista en cirugía de afirmación de género de la SECPRE. Para empezar, cabe distinguir dos grandes grupos, la cirugía genital y la no genital. Según el experto, dentro de la primera se engloban técnicas como la vaginoplastia y la faloplastia. “En la misma cirugía se eliminan las estructuras genitales anteriores, como los testículos en el caso de la vaginoplastia, y se crean nuevas estructuras adicionales morfofuncionales estéticas, como el clítoris y los labios mayores. En este campo se están produciendo importantes avances en los últimos años, como la introducción de la laparoscopia, la cirugía robó-

Entre el 1,2 y el 4,1 por ciento de los adolescentes se definen como transgénero, según datos de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

tica, técnicas nuevas y menos invasivas de Medicina Estética, avances en trasplante de útero e inteligencia artificial, así como el desarrollo de chips implantables y wearable devices”, comenta el experto.

Además de la cirugía genital, la cirugía de afirmación de género también abarca otras intervenciones, como la feminización facial, la cirugía corporal o las intervenciones mamarias. Asimismo, las cirugías de género en ocasiones se complementan con otras intervenciones plásticas estéticas, como la rinoplastia, la blefaroplastia o el lifting facial y otros tratamientos de Medicina Estética.

En cuanto a la proporción de géneros, Iván Mañero aporta que, en la infancia y adolescencia, es más frecuente ver personas transgénero de mujer a hombre, mientras que en la edad adulta la relación se invierte. Con independencia del género con el que se identifiquen, “existen personas transgénero que aceptan sus genitales y viven de manera plena sin tener que pasar por ningún tipo de cirugía genital”, insiste Mañero. Otras, en cambio, “acuden a un cirujano plástico para someterse a una afirmación de género porque sienten la necesidad de adecuar su genitalidad”.

La cuestión hormonal

Más allá de los casos que requieren cirugía, el tratamiento hormonal tiene especial relevancia en este colectivo. Así, el papel



LA IMPORTANCIA DE MEJORAR LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Por último, más allá de disponer una mayor evidencia y formación al respecto de las peculiaridades que pudieran tener estos pacientes, la clave en el abordaje de la realidad transgénero es mejorar la relación médico paciente. Esta cuestión también era recogida por Gemma Ortiz, del Grupo de Formación de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Según la experta, el profesional puede tener dudas sobre cómo dirigirse al paciente en el primer encuentro, como hombre o mujer, y un tropiezo en este comienzo puede derivar en que no se establezca un buen vínculo inicial y que no haya una continuidad en la relación.

“En la mayoría de las consultas se tiende a la presunción de la heterosexualidad, cuando se evalúa el caso clínico de un paciente”, lamentaba también por su parte Gilberto Pérez del Grupo GID-SEEN. El experto reconocía que “en el ámbito sanitario existe desconocimiento. Unas veces por el desinterés de los profesionales.

En otras ocasiones queda evidente por la confusión de cosas tan fundamentales como identidad y orientación sexual”. El especialista en Endocrinología concluía que “el hecho de emplear estos últimos conceptos de manera errónea, a menudo conllevan sufrimiento en la población ‘trans’, haciendo muchas veces que se ejerza de forma involuntaria transfobia”. Por todo ello, como conclusión, al margen de los temas científico-médicos, Gilberto Pérez ponía de manifiesto la necesidad de realizar pedagogía social sobre este asunto.

“En la población general hay que insistir en que la transexualidad no es una enfermedad, sino que forma parte de la propia diversidad del ser humano. No se trata de hombres ni mujeres ‘atrapados en cuerpos’, sino de personas que libremente se han autodeterminado en su género sentido. Transexualidad no es sinónimo de homosexualidad, sino que tiene que ver con cómo se ve la persona a sí misma”, finalizaba.

del especialista en Endocrinología es primordial en estos casos. Sobre esta cuestión se pronunciaba nuevamente Antonio Becerra Fernández, coordinador del grupo GIDSEEN. Según el mismo, “es fundamental entender los procesos de afirmación de género, construcción de identidad y aspectos bio-psico-sociales asociados, así como el abordaje multidisciplinar de los mismos desde un punto de vista sanitario”.

De hecho, recientemente la SEEN ponía en marcha el curso de experto en Medicina Transgénero. El objetivo de este

era aportar una formación clave sobre el abordaje de las personas transgénero en cualquiera de las rutas de transición que decida, binaria o no. “Queremos formar profesionales que adquieran una visión integral e interdisciplinar del tratamiento de afirmación de género y que conozcan perfectamente todas las implicaciones que se deriven de la nueva ley con las experiencias y evidencias científicas publicadas a nivel mundial”.

Desde el punto de vista clínico, el experto incidía en la importancia de que estas

personas tengan una adecuada valoración y atención sanitaria de todos los especialistas implicados, ya que pueden existir comorbilidades antes y después del tratamiento hormonal que deben ser detectadas, seguidas y controladas de por vida.

“Son frecuentes las alteraciones del comportamiento alimentario, sobrepeso, falta de vitaminas, alteraciones tiroideas, problemas de salud mental secundarios, alteraciones lipídicas y de coagulación, o estados de resistencia a la insulina, con elevación del riesgo cardiovascular. También hay que considerar, aunque infrecuentes, los problemas a largo plazo como el cáncer y la osteoporosis”.

Las posibilidades que ofrece la reproducción asistida

Otra cuestión relacionada con el tratamiento hormonal es la posibilidad de preservar la fertilidad. No hay que olvidar que, en este contexto, el hecho de que haya hombres trans que deseen gestar es una realidad cada vez más común.

Es importante saber que, aunque los hombres trans puedan conservar sus ovarios, útero y mamas en su proceso de transición, los expertos en reproducción aconsejan que, dependiendo de la edad a la que se empiece el tratamiento hormonal, se congele parte de su reserva ovárica. De esta forma, la recomendación es que, en el caso de querer empezar un tratamiento de tránsito, se informe y reflexione sobre la posibilidad de querer gestar o no en el futuro.

Sobre esta cuestión aportaba algunas claves Véronique Moens, experta en reproducción asistida en Fertilab Barcelona. “No se han hecho los estudios suficientes para sacar conclusiones definitivas, pero se presume que los tratamientos hormonales en el proceso de reasignación pueden afectar la calidad ovárica, ya que el ciclo menstrual queda alterado”. Es por ello por lo que es importante conocer esta información para

poder ofrecérsela a la persona en el momento indicado.

La falta de evidencia clínica

No solo los cirujanos y los endocrinos tienen una relación estrecha con las personas transgénero en la atención sanitarias. La realidad es que esta condición puede marcar otros aspectos de la salud en general. Por ejemplo, pueden presentarse interacciones con sus tratamientos hormonales, patologías cardiovasculares precoces y cuadros depresivos. Así, es necesario una visión mucho más integral de esta población.

En este sentido, desde la Sociedad Española de Medicina Interna insisten en que, para cubrir sus necesidades médicas y asistenciales, el internista necesita formación al respecto. Con este fin celebró una mesa redonda sobre esta temática en el 41 Congreso de la SEMI Virtual.

Uno de los problemas que se puso de manifiesto en la misma fue la falta de evidencia científica con la que trabajar de base. Así lo ponía de manifiesto Gemma Ortiz, del Grupo de Formación de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Como comentaba la experta, aunque cada vez hay más personas que se identifican como transgénero, la realidad es que es un grupo de población reducido y, por lo tanto, es difícil encontrar voluntarios para hacer estudios clínicos relativos a sus problemas médicos. “Actualmente, apenas existe literatura sobre estos pacientes y, probablemente, por esta razón suponen un reto. Precisamente por esta falta de evidencia científica”.

Pese a ello, la experiencia actual lleva a reflexionar sobre algunas cuestiones clave que se han observado en consulta. Por ejemplo, es importante tener en cuenta que existe la posibilidad de que se presenten tipos de neoplasias ligadas al género, como mama o próstata, en pacientes en los que no se piensa que puedan tenerlas debido al cambio de sexo.

Por otra parte, si bien desde la SEMI también se hizo hincapié en la importancia de despatologizar esta realidad, lo cierto es que el camino que realiza una persona transgénero supone en ocasiones un reto en su salud mental. No obstante, realizan un proceso complejo personal de aceptación. Es por ello por lo que también puede padecer patología psiquiátrica de tipo ansioso-depresiva, que cabe tener en cuenta.

Patología asociada a los tratamientos

Pese a que aún queda mucho por hacer, en los últimos años también ha habido avances significativos en el manejo de patologías asociadas a las personas trans y sus tratamientos. Algunos de los problemas médicos con los que pueden encontrarse los profesionales sanitarios son las posibles interacciones medicamentosas con los tratamientos hormonales que estas personas han podido recibir. Es por ello por lo que desde SEMI insisten en que en la historia clínica es importante que quede muy bien documentado qué tratamientos hormonales están tomando a fin de evitar estos episodios.

Asimismo, la retirada de estos tratamientos hormonales puede influir en el desarrollo de enfermedades tromboembólicas, bien una tromboembolia pulmonar (TEP) o una trombosis venosa profunda (TPV), ictus o infartos, debido a la pérdida de la protección estrogénica. Esta protección estrogénica la tienen las mujeres de forma natural hasta la menopausia, por lo que es posible que las mujeres trans que provienen del sexo masculino tengan más riesgo de enfermedades cardiovasculares precoces.

Por otra parte, los progresos más importantes en este aspecto tienen que ver con la profundización del conocimiento sobre los efectos a corto y largo plazo del tra-

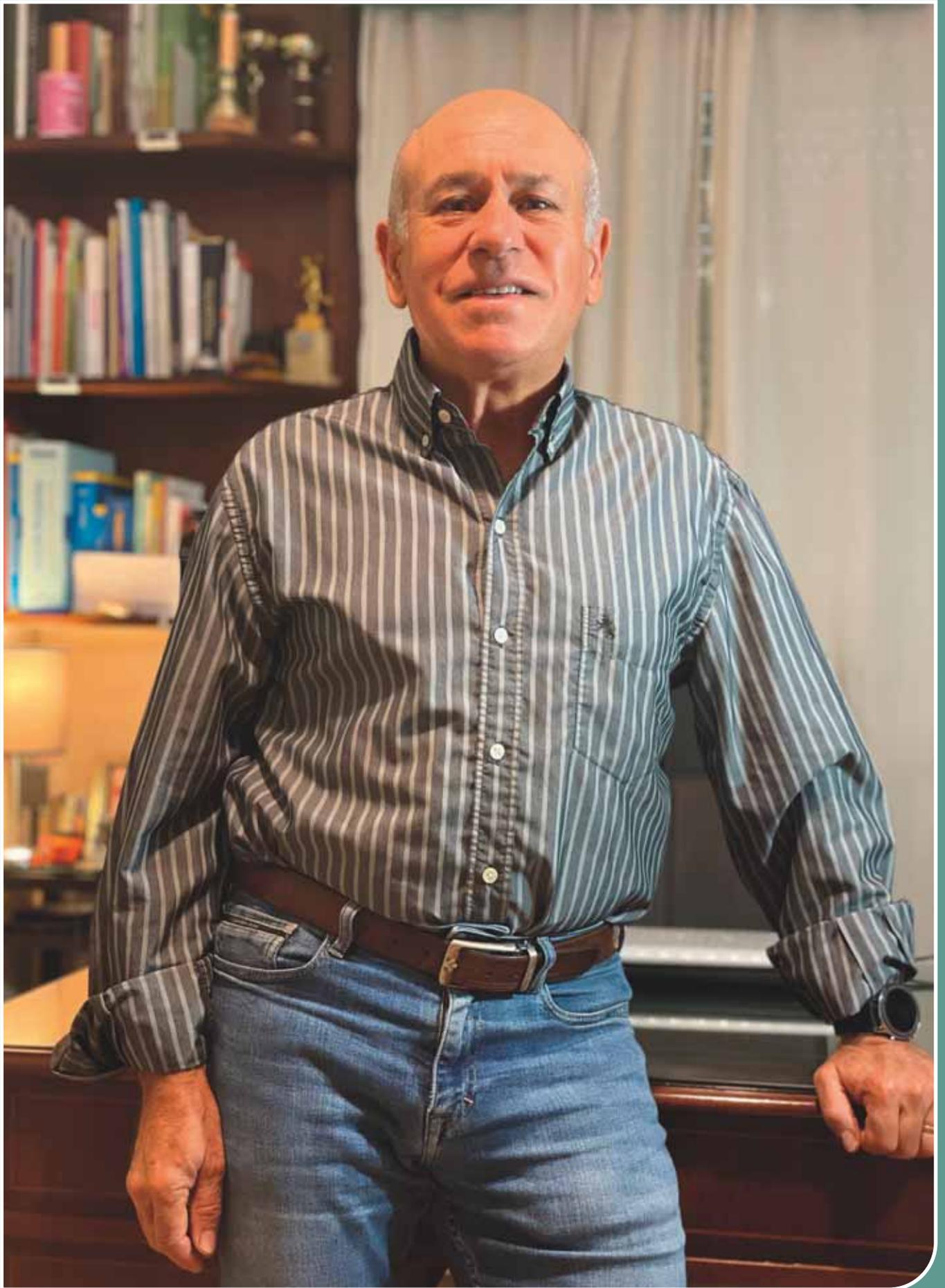
tamiento hormonal cruzado (actualmente denominado tratamiento hormonal de afirmación de género) y su impacto en el riesgo de otras patologías (osteoporosis y fracturas, eventos cardiovasculares mayores, autoinmunidad, trombosis o cáncer). Estas cuestiones también eran protagonistas en el XLVI Congreso Nacional de la SER.

En el mismo intervenía Gilberto B. Pérez, del Grupo GIDSEEN. “Las hormonas sexuales pueden modular la respuesta inmune celular y humoral, y en este campo los reumatólogos pueden ofrecer su visión y experiencia que, sin duda, va a contribuir con un efecto positivo en la práctica clínica y en el manejo de enfermedades reumatológicas en estas personas, puesto que hemos observado que en el transcurso del tratamiento pueden aparecer enfermedades reumatológicas autoinmunes, y en algunos casos pueden mejorar o empeorar cuadros reumatológicos previos”.

Algunas de estas cuestiones también eran abordadas por Eva Salgado, parte del Comité Asesor de Transgénero de la Sociedad Española de Reumatología y reumatóloga en el Complejo Universitario Hospitalario de Orense. La experta explicaba que, durante estos dos últimos años, este grupo de reumatólogos ha llevado a cabo una revisión de la bibliografía médica disponible, encontrando carencias, como el no recoger si el haber recibido tratamientos hormonales, o el haberse sometido a algunas técnicas quirúrgicas, como implantes de silicona, pudiese tener algún impacto en los procesos autoinmunes de su enfermedad.

Ante esta realidad, desde la SER se pidió a la administración pública la existencia de un registro de género en los informes del paciente y/o en su historia clínica digital ■

Fue en 2018 cuando la Organización Mundial de la Salud dejó de considerar la transexualidad como un trastorno





La demanda asistencial sobre
salud sexual
en AP
se ha multiplicado exponencialmente
en la última década

Froilán Sánchez

Médico de familia y sexólogo clínico en el Centro de Salud de Xàtiva (Valencia). Secretario General de la AISM (Academia Internacional de Sexología Médica)

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | AISM/EL MÉDICO



“La demanda asistencial sobre salud sexual en AP

se ha multiplicado exponencialmente en la última década”

La Atención Primaria también es la puerta de entrada para la mayoría de problemas que surgen en torno a la salud sexual, por lo que es vital que el médico de familia tenga una actitud activa para preguntar sobre estas cuestiones, que cuente con formación suficiente para abordarlas y que disponga de opciones para derivar tanto a especialistas como a terapeutas los casos que lo precisen.

La Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema de salud para múltiples patologías, ¿lo es también para cualquier tema relacionado con la salud sexual?

Rotundamente sí. La experiencia en la consulta del médico de familia así lo atestigua. Cuando alguien tiene alguna duda o queja sexual es a los profesionales de Atención Primaria a quienes primero consulta, siempre que vea en ellos una actitud favorable a la escucha de un problema como el sexual, que se vive de manera íntima.

Hablando de esa actitud favorable, ¿estos temas suelen aparecer frecuentemente en consulta o todavía cuesta que el paciente venga a consultar?

Lo cierto es que los problemas relacionados con la salud sexual cada vez se consultan con más frecuencia. La actual demanda asistencial, en ese sentido, se ha multiplicado exponencialmente en la última década. Pese a ello, todavía hoy, muchos hombres y mujeres, diría que sin distinción entre unas y otros, se muestran remisos a consultar con el médico las dudas o los problemas sexuales que les preocupan. Los profesionales de la salud, en este caso, deberíamos adoptar un papel más activo, interesándonos sobre cómo va su vida sexual. Especialmente en aquellas personas incluidas en grupos de riesgo de sufrir disfunciones sexuales. Me refiero a diabéticos, hipertensos, personas con depresión, etc.

Especialmente en estos pacientes, ¿se suele valorar la salud sexual cuando se hace una entrevista sobre su salud?

La realidad es que generalmente no, salvo que el profesional tenga interés. Sin embargo, el realizar un par de preguntas sencillas sobre salud sexual debería de ser lo habitual en cualquier entrevista clínica. Por ejemplo, algo tan sencillo como: “cómo le va la vida sexual”; también: “sí tiene algún problema sexual me lo puede decir, de esa manera podré ayudarlo”. Estas sencillas preguntas facilitan la expresión de dudas o problemas sexuales que, a menudo, se viven en la intimidad y generan mucha inquietud a quien las tiene. Para facilitar la labor, sobre todo en personas que tienen reparos para hablar de estos temas de manera directa, hace un año

validamos los cuestionarios de Función Sexual de la Mujer, FSM-2 y de Función Sexual del Hombre, FSH, que cumplimenta el paciente de manera privada. Estos son de rápida ejecución, ya que se responden en entre 5 ó 10 minutos. Son instrumentos psicométricos muy útiles, tanto en la consulta clínica como para realizar estudios de investigación.

Distinguiendo por géneros, ¿qué temas de la salud femenina pueden tratarse desde este nivel asistencial y cuáles deben ser derivados a Ginecología?

Creo que la intervención en salud sexual de la mujer debe de ser compartida entre Atención Primaria y Ginecología. Cuando es una enfermedad ginecológica la causante del problema sexual, y sobrepasa las competencias del médico de familia, es el ginecólogo/a el profesional más capacitado para abordarla y tratar de corregirla. Por otra parte, las quejas sexuales leves o moderadas, referentes a bajo deseo sexual o a problemas de excitación/lubricación, así como algunos trastornos por dolor coital u orgásmicos, deberían de ser abordados desde la Medicina Primaria. Por otra parte, debemos tener en cuenta que muchos problemas sexuales femeninos, por ejemplo, los relacionados con el interés y la excitación sexual cuando van asociados a patología cardiovascular, metabólico o psiquiátrica, entre otras causas. Así, descartada patología ginecológica, pueden ser abordados desde la

Medicina de Familia, que debería tener la opción de derivar a un terapeuta sexual aquellos problemas que sobrepasen su capacidad de intervención. El ginecólogo también debería tener esta misma opción, dado que

el componente emocional y de relación con la pareja, asociado a las patologías sobre las que interviene, sobrepasan muchas veces su capacidad de intervención.

¿Y en el caso de la salud sexual masculina?

Sucede lo mismo que con la salud sexual femenina. Es necesario remitir a otro especialista (urólogo-andrólogo, endocrinólogo, cardiólogo, etc.) aquellas patologías orgánicas, causantes de problemas sexuales masculinos, que sobrepasan la capacidad



de intervención de la Medicina de Familia. Del mismo modo, al terapeuta sexual cuando hay factores que superan sus competencias (ansiedad de ejecución previa al encuentro sexual, problemas de relación con la pareja, etc.). Concretando, las quejas sexuales moderadas o leves, referentes a deseo sexual hipoactivo, trastornos de la función eréctil o eyaculatorios, podrían ser abordados desde la Medicina de Familia.

Ha comentado que en algunos casos se debería tener la opción de derivar a un terapeuta sexual o sexólogo, ¿es esto posible hoy en día?

A día de hoy, en la Sanidad Pública española solo es posible en la Comunidad Valenciana. En otras comunidades autóno-

mas se están iniciando procedimientos para crear unidades referentes en salud sexual, pero, en general, son todavía proyectos.

Otra cuestión es cómo afectan determinados tratamientos (hipertensivos, antidepressivos...) a la salud sexual del paciente, ¿suele tratarse este tema en consulta?

Algunos fármacos, como los que apunta, pueden provocar trastornos sexuales. Obviamente conocemos cuáles son los que más habitualmente lo hacen. Pero no olvidemos que una hipertensión mal controlada, una depresión o una diabetes desbocada también los provocan. Por todo ello, los efectos adversos de determinados fár-

macos sobre la vida sexual es un tema habitual en la consulta de Atención Primaria, porque cuando un paciente lo sufre suele referirlo al médico, siempre que se interese por su sexualidad, lo que le sucede a la mayoría de las personas, pero no a todas. Por otra parte, la mayoría de los médicos conocemos los efectos negativos de ciertos fármacos en el área sexual, y tratamos de evitar su prescripción cuando resulta posible, aunque frente a algunas patologías no hay más alternativas. Además, este asunto genera a veces discrepancia en la consulta, porque, con frecuencia, un paciente achaca a determinado fármaco efectos adversos sobre la esfera sexual, sin que exista evidencia científica que lo corrobore. La respuesta sexual de cualquiera es tan variable como



vulnerable, y a veces se achacan a los fármacos dificultades sexuales sin que tengan nada que ver al respecto.

Siendo así, ¿hay cada vez más preocupación por buscar tratamientos que no interfieran en la vida sexual de los pacientes?

Por supuesto que la hay. Cualquier médico tiene como principal objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que atiende y este tema es una prioridad para nosotros. En los congresos de Medicina de Familia es habitual informar a los profesionales sobre cuáles son los efectos adversos en la esfera sexual de ciertos fármacos, así como adiestrarlos en cómo abordarlos de la mejor manera posible.

Otra área es la salud sexual del adolescente, ¿cómo se aborda el tema de educación sexual, respecto a contracepción, prevención de infecciones de transmisión genita, etc., en el paciente joven?

Hasta donde yo sé, porque mi labor es sobre todo asistencial e investigadora, dentro del campo de la Medicina de Familia y

de la terapia sexual existen programas en todas las comunidades autónomas sobre educación sexual en adolescentes. Ahora bien, en la consulta de Primaria cuando surja la ocasión es recomendable preguntar a los jóvenes que atendemos sobre estas cuestiones: hábitos sexuales, posibles prácticas de riesgo para infecciones de transmisión sexual y métodos de contracepción. Me atrevería a decir que interesarse por estas cuestiones, en el momento que se considere más conveniente, debería de ser de obligado cumplimiento.

Pero, ¿y el médico de Primaria cuenta con formación continuada para este tipo de abordajes? ¿Cuáles serían los ámbitos de mejora?

A mi modo de ver muchos médicos sí cuentan con formación para abordar en su consulta temas relacionados con la salud y la educación sexual. No obstante, debe-

ría de contarse con una formación continuada, formal, reglada y auspiciada por la administración sanitaria, sobre estas cuestiones. Esta es un asunto prioritario, a mi modo de ver, dada la gran repercusión que sobre la calidad de vida de las personas tiene todo lo concerniente a su sexualidad. En la actualidad, la formación de los médicos en el campo de la salud sexual, no solo de los médicos de familia, sino de cualquier otra especialidad, queda a voluntad de las sociedades científicas, o de otros proveedores, sin que oficialmente exista una oferta reglada.

Si esta formación se regulase, ¿se podrían incorporar algunos conceptos básicos sobre educación sexual desde el sistema sanitario al igual que se hace con la alimentación o el ejercicio físico en educación para la salud?

Es recomendable preguntar a los jóvenes que atendemos sobre hábitos sexuales, posibles prácticas de riesgo para infecciones de transmisión sexual y métodos de contracepción

Por supuesto que se pueden incorporar, dirigiéndolos sobre todo a quienes les interesa la sexualidad, por suerte la mayoría de las personas, pero no todas. Fomentar en ellas la creencia real de que mejorar la sexualidad supone mejorar

su salud y su bienestar, además de la relación con su pareja, si la hay, es muy recomendable. También informarles de las favorables repercusiones sobre su calidad de vida de una sexualidad satisfactoria es conveniente, para que las personas que atendemos tomen conciencia de ello. Por ejemplo, que sepan que la aparición de un problema sexual, tan frecuente como la disfunción eréctil, puede avisar de la inminencia de un evento coronario. O que la practica sexual habitual favorece el equilibrio emocional, lo que mejora la forma física e incluso alarga la vida. Saber de estas y otras cuestiones les motivará a interesarse más por un aspecto de nuestra personalidad, tan esencial para casi todos, como el de la sexualidad ■

Teresa & el muñeco más bonito del mundo.

Este es un Baby Pelón de Juegaterapia, con un pañuelo diseñado en exclusiva por Teresa. ¿Sabes por qué los Baby Pelones son los muñecos más bonitos del mundo? Porque en Juegaterapia destinamos sus beneficios a la investigación contra el cáncer infantil y a otros proyectos preciosos de nuestra fundación. Así cada vez que compres Baby Pelones estarás comprando felicidad.

www.juegaterapia.org
#BabyPelonesJT



De venta en
El Corte Inglés,
Juguettos
Toys R'Us
y Amazon.es.







El abordaje de la
**salud
sexual
femenina**
debe ser multidisciplinar

Cristina Oliver

Adjunto del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
General Universitario Gregorio Marañón

Texto | Clara Simón Vázquez Fotos | Hospital Gregorio Marañón/EL MÉDICO



ESPECIAL SALUD SEXUAL/ENTREVISTA

Cristina Oliver

“El abordaje de la salud sexual femenina debe ser multidisciplinar”

Cristina Oliver, adjunto del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, es partidaria de atajar los problemas de salud sexual de las mujeres cuanto antes, pues los tratamientos son efectivos y mejoran la calidad de vida de las pacientes y su autoestima, disminuyendo la ansiedad y depresión.

¿Qué se entiende por salud sexual en la mujer?

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Se sabe que una vida sexual satisfactoria mejora la calidad de vida de la mujer, influye en su bienestar general, en su autoestima, y en su bienestar físico y emocional.

¿Cuáles son los problemas más frecuentes de salud sexual?

Los trastornos más frecuentes son las alteraciones en la fase de deseo y falta de interés en el sexo, aunque también pueden darse problemas en la excitación y orgasmo. Otros problemas no tan frecuentes podrían ser el vaginismo (contracción involuntaria de los músculos perineales), dispareunia (dolor durante la penetración), o incluso la aversión al sexo. Todos estos problemas aumentan durante la menopausia. También las mujeres que reciben tratamiento oncológico experimentan cambios que afectan a su vida sexual, al igual que pueden ser causados por problemas psicológicos, como el vaginismo o la anorgasmia.

¿Se confunde la salud sexual con la reproductiva?

Pues parece que sí, es importante diferenciar la salud sexual, que sería la salud y el bienestar en las relaciones sexuales, de la salud reproductiva, cuyo objetivo sería únicamente la reproducción sexual y la procreación.

¿Cómo se diagnostican los problemas de salud sexual en la mujer?

Es difícil detectarlos, ya que hablar de los problemas sexuales no suele ser fácil, bien por sentimientos de vergüenza, culpa, fracaso o por problemas con las parejas. Por tanto, es importante que las mujeres hablen con un profesional de confianza para encontrar la mejor ayuda profesional para su problema. Cada vez hay más información. Las mujeres quieren sentirse bien y ya se va notando que con más frecuencia preguntan a los profesionales sobre estos temas.

Y los profesionales, ¿se preocupan por la salud sexual de sus pacientes?

Cada vez estamos más sensibilizados. Va siendo más frecuente que realicemos preguntas en las consultas ginecológicas. A veces en una consulta ginecológica al realizar una revisión durante la exploración podemos encontrar cambios físicos, cicatrices, dolor... Al detectar el problema, podemos actuar. Actualmente disponemos de herramientas diagnósticas de fácil aplicación en consulta, son cuestionarios validados que ayudan a identificar estos problemas. Como ejemplo el cuestionario breve del Deseo Sexual Hipoactivo, que sirve para identificar este problema en las mujeres postmenopáusicas que presentan disminución del deseo sexual, que pueden realizar los profesionales de Atención

Primaria, tanto el médico, la matrona o enfermera.

¿Es fácil que acudan al médico a consultar su problema o el diagnóstico es más bien oportunisto?

Cada vez es más frecuente, sobre todo en las mujeres jóvenes, para las que su salud sexual es muy importante. Aunque se está notando un aumento de la demanda de asistencia por problemas de salud sexual, seguro que está muy por debajo de la tasa real.

¿Existe coordinación con Atención Primaria cuando se realiza el diagnóstico?

Sí, en el momento en que es detectado el problema, tanto la matrona como el médico de familia remiten a estas mujeres al especialista, que bien puede ser un ginecólogo, psicólogo, fisioterapeuta, sexólogo...

¿Cómo se lleva a cabo el abordaje de estas patologías?

Es importante disponer de un equipo multidisciplinar, con una visión total de la

mujer, desde la Ginecología, pero también prestando atención a la faceta psicosexual, con apoyo de la Psicología Clínica, la Terapia Sexual y la Terapia de Pareja.

¿Existen tratamientos eficaces?

Sí, existen varios tipos de tratamientos, dependiendo de la etiología.

¿Cuáles son?

El tratamiento médico se dirige a tratar patología subyacente, ya que muchas veces la disfunción sexual va unida a la enfer-

El tratamiento médico se dirige a tratar patología subyacente, ya que muchas veces la disfunción sexual va unida a otras enfermedades



medad cardiovascular, tratamiento farmacológico y otros factores de riesgo como la edad, hipertensión, diabetes, depresión... En los casos de sequedad o relaciones dolorosas se puede recurrir a un lubricante vaginal, mientras que otras veces hay que resolver un déficit hormonal.

¿Cómo se resuelven los déficits hormonales?

Los tratamientos hormonales para abordar la disfunción sexual femenina incluyen la terapia con estrógenos locales, en forma de anillo vaginal, crema o comprimido. De esta forma, mejora el tono y la elasticidad perineal, aumenta el flujo sanguíneo y la lubricación. Existen contraindicaciones para la terapia hormonal, por lo que debería prescribirlo un médico. Está también ospemifeno, un modulador selectivo de los receptores de estrógeno, que ayuda a reducir el dolor durante las relaciones sexuales en las mujeres con atrofia vulvovaginal. La terapia con parches de andrógenos es controvertida y sólo pueden recibirla mujeres que cumplen unas características determinadas, como son que tengan realizada histerectomía con anexectomía bilateral y que siguen un tratamiento hormonal con estrógenos.

Y, ¿para la falta de apetito sexual?

La flibanserina es conocida como viagra femenina. Fue desarrollada como un antidepresivo. Puede estimular el apetito se-

xual en mujeres con bajo deseo, pero tiene efectos secundarios graves. Por su parte, bremelanotida ha sido aprobado para la falta de deseo sexual en mujeres premenopáusicas. Se administra mediante inyección subcutánea antes de mantener relaciones. La tibolona se utiliza como terapia hormonal sustitutiva, mejorando varios aspectos de la menopausia, entre otros la salud sexual, el bupropion (antidepresivo) mejora el trastorno del deseo sexual hipactivo y de trastorno del orgasmo.

¿Qué evidencia hay con la fitoterapia?

Aunque su evidencia científica es limitada, puede verse un aumento del deseo sexual con el uso de plantas medicinales, como son la maca, que actúa estimulando el sistema nervioso central, despertando el apetito sexual, y el ginko biloba, que facilita el flujo sanguíneo y aportan un efecto relajante sobre el músculo.

Y, ¿con el tratamiento no médico?

Existen varias aproximaciones. Está la terapia psicológica, tanto a nivel individual como de pareja, acorde a las necesidades, motivación y al tipo concreto de trastorno que presente. Otra opción es la terapia

cognitivo-conductual (TCC), que puede resultar útil en algunas mujeres. Esta terapia incluye información sobre cómo optimizar la respuesta sexual del cuerpo, maneras de mejorar la intimidad con la pareja y recomendaciones sobre materiales de lectura o ejercicios para realizar en pareja. Los dispositivos mecánicos sirven para intensificar la excitación con la estimulación del clítoris. Existen dispositivos de vacío para succión de clítoris, vibradores, estimuladores clitoroideos, bolas chinas, que mejoran los problemas de excitación y anorgasmia. No hay que dejar pasar por alto los entrenadores del suelo pélvico, como los ejercicios de Kegel, que también ayudan, ya que la musculatura vaginal puede conseguir una reducción del dolor vaginal y reducir incontinencias leves de orina.

¿Se automedican las pacientes?

Sí, ya que cada vez es más fácil obtener información a través de internet sobre posibles opciones terapéuticas, tanto de medicamentos como de fitoterapia y ejercicios. Además, disponen de la ayuda de los farmacéuticos, ya que existen opciones terapéuticas en las que no es necesaria una prescripción médica, como los geles o cre-

La atención de la salud sexual debería estar disponible en todas las CC. AA. para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales



mas vaginales, lubricantes o humectantes vaginales. También se puede encontrar en la red información acerca de ejercicios o dispositivos para fortalecer la musculatura pelvi-perineal, mejorar la retención urinaria, que ayudan a incrementar la vascularización de la zona, lo cual puede mejorar la salud sexual.

¿Qué puede ocurrir si las pacientes no reciben el tratamiento adecuado?

Mejorar los trastornos de sexualidad va a influir positivamente en otros aspectos de la vida personal, conyugal y familiar de nuestras pacientes, mejorando también la autoestima, disminuyendo la ansiedad y la depresión que pueden llegar a sentir. Todo esto afectaría en gran medida tanto a ella como a los que la rodean.

¿Se pueden cronificar las patologías relacionadas a la salud sexual?

Sí, se puede producir un empeoramiento progresivo, sobre todo del estado emocional. Esto influirá en las relaciones con la pareja. Hay que atajar el problema cuanto antes, pues los tratamientos son efectivos, y cuanto antes se pongan en marcha, mejor.

¿Existe una equidad de acceso a los tratamientos en todas las comunidades autónomas?

La atención de la salud sexual debería estar disponible en todas las comunidades autónomas para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales. Existe una Estrategia de Salud Sexual del Ministerio de Sanidad para su aplicación en todo el territorio español.

¿Hacia dónde se encaminan las líneas de investigación en el tratamiento de la patología sexual?

Se están investigando nuevas estrategias terapéuticas para combatir el deseo sexual hipoadectivo, incluidos métodos novedosos

de administración de testosterona y medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso central.

¿Cómo ha afectado la pandemia de COVID-19 a la salud sexual de la mujer?

El SARS-CoV-2 ha venido a trastocar las condiciones individuales y sociales de toda la población. Esta pandemia ha alterado el entorno y los estilos de vida, causando diferentes reacciones psicológicas que también han perjudicado a la vida sexual. Las pandemias producen angustia y acentúan los trastornos de la salud mental. El aislamiento prolongado como resultado de las medidas de confinamiento anti contagio puede dar lugar a ansiedad, depresión, ira, hastío, frustración y trastorno por estrés postraumático en algunas personas. También hay que tener en cuenta la sobrecarga laboral y doméstica de muchas de las mujeres. Todo esto repercute en la salud sexual de las personas.

¿Se han podido recopilar datos al respecto?

Sí, disponemos de datos objetivos. Según la encuesta de la SEC, realizada por Sigma2 entre más de 2.000 mujeres, durante el confinamiento disminuyeron o no tuvieron relaciones sexuales un 44 por ciento de las que contaban entre 15 y 49 años y el 54 por ciento las aumentaron o las mantuvieron a similar nivel. Se incrementaron en las mujeres de 25 a 35 años con pareja estable y siguieron a un ritmo similar con su pareja estable entre las de 35-49. En ese mismo periodo, el uso de la píldora de urgencia decayó a un 2,8 por ciento frente al 30 por ciento en 2019. En relación con el asesoramiento sobre métodos anticonceptivos en los servicios sanitarios, el 30,1 por ciento de las mujeres que lo pidieron no

pudieron acceder a ellos. También hay que tener en cuenta que muchas mujeres no pudieron acceder a las consultas. La natalidad se desplomó en España, crecieron las dificultades para atender y seguir avanzando en la atención a la salud sexual y cayó de forma notable la venta de anticonceptivos. Se puso en marcha la telemedicina, ofreciendo teleconsultas, pero hablar de problemas sexuales resulta más difícil todavía a través de un acceso digital para la salud.

¿Qué relación existe entre el estrés y la salud sexual?

Los trastornos de la sexualidad están aumentando en incidencia y prevalencia año tras año, quizás por la pérdida de vergüenza para comentar estos problemas a los profesionales. Las causas pueden ser múltiples, problemas en las relaciones familiares, una educación sexual inadecuada o una experiencia sexual traumática. También influyen factores

Los trastornos de la sexualidad están aumentando en incidencia y prevalencia año tras año, quizás por la pérdida de vergüenza para comentarlos a los profesionales

psicológicos como una anticipación al fracaso, sentimientos de culpa frente a las relaciones sexuales o una pérdida de la atracción. Además, hay que recordar que el estrés disminuye el apetito y la excitación sexual.

¿Se presta atención al componente psicológico de la patología sexual?

Es un factor muy importante. De hecho, disponemos de terapias psicológicas, sexológicas y cognitivo-conductual, que abarcan a la paciente y a la pareja. Se informa a las personas acerca de aspectos teórico-prácticos relacionados con la sexualidad. A su vez es esencial en los profesionales sanitarios conocer tanto los aspectos médicos (anatomía, fisiología, neurología y endocrinología) como los aspectos psicológicos, antropológicos y las relaciones sociales ■



coloquios
El Médico



La investigación en
salud sexual del varón
se dirige hacia nuevas
terapias
celulares”

Juan Ignacio Martínez-Salamanca

Urólogo y coordinador del Grupo de Andrología de la Asociación Española de Urología (AEU)

Texto | Clara Simón

Fotos | AEU/EL MÉDICO



“La investigación en salud sexual del varón se dirige hacia nuevas terapias celulares”

Cada vez más, la parte psicogénica de las disfunciones sexuales se analiza en la consulta y se aborda como parte básica del tratamiento, según explica a EL MÉDICO Juan Ignacio Martínez-Salamanca, coordinador del Grupo de Andrología de la Asociación Española de Urología.

¿Qué se entiende por salud sexual en el varón?

Según la Organización Mundial de la Salud, se entiende por salud sexual “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud”.

¿Cuáles son los problemas más frecuentes de salud sexual?

Los problemas relacionados con la salud sexual son de amplio alcance. Incluyen las consecuencias negativas o los trastornos, que, en el caso del varón, son las infecciones de transmisión sexual, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sus consecuencias adversas (por ejemplo, cáncer e infertilidad). También, hay que contemplar las diferentes disfunciones sexuales, la violencia sexual o las prácticas nocivas. Pero, en frecuencia, las disfunciones sexuales y las infecciones de transmisión sexual son, sin duda, los problemas de salud sexual que más frecuentemente son causa de consulta.

¿Cómo se diagnostican?

Las disfunciones sexuales requieren de una historia clínica exhaustiva sobre las prácticas sexuales y los problemas que los pacientes padecen cuando las afrontan o las practican. En ocasiones, es necesario llevar a cabo pruebas de laboratorio o de imagen. Las enfermedades de transmisión sexual se suelen diagnosticar mediante la toma de diferentes muestras (de sangre, orina, semen o exudado uretral).

¿Existe coordinación con los profesionales de Atención Primaria a la hora de realizar el diagnóstico?

Atención Primaria realiza una actividad fundamental para diagnosticar estos problemas, son la puerta de entrada a la salud sexual de todos los varones. Como tal, afrontan el primer paso en el diagnóstico de estos problemas. La derivación al especialista ocurre cuando el tratamiento no lo pueden afrontar desde Primaria o cuando es ineficaz el primer escalón.

Los afectados, ¿acuden a las consultas de Urología sin problema? ¿Sigue habiendo cuestiones personales, de vergüenza... que retrasan las consultas?

La forma de afrontar los problemas de salud sexual por parte de los pacientes ha cambiado radicalmente en los últimos 20 o 30 años. La sociedad ha comenzado a considerar a las relaciones sexuales y las conversaciones sobre sexualidad con un enfoque más positivo y más sano, por lo que la vergüenza ya no es tan frecuente como hace años. Aun así, continúa siendo un tema, en cierto modo, “tabú” entre las pa-

tologías que los urólogos vemos en la consulta. En este sentido, es frecuente que los pacientes aborden estos temas al final de la consulta médica, cuando ya han tomado algo de confianza con el médico y consideran que pueden consultar.

¿Cómo se lleva a cabo el abordaje de estas patologías?

Tras la sospecha, se realiza una historia clínica y exploración minuciosa, se solicitan las pruebas complementarias necesarias y se pautan tratamientos dirigidos a la curación o a paliar los síntomas derivados de ellas.

¿Existen tratamientos eficaces?

La gran mayoría de infecciones de transmisión sexual tienen tratamiento curativo, ya que resuelve los síntomas. En relación con las disfunciones sexuales, muchas veces es

preciso combinar diferentes tratamientos médicos con otros de aspecto más biopsicosocial, precisando la ayuda de otros expertos en el tema (psicólogos clínicos, psiquiatras, etc.).

¿Se automedican los pacientes?

Desgraciadamente, al igual que ocurre con muchas otras enfermedades, es muy frecuente que antes de enfrentar los problemas de salud sexual con un profesional, los pacientes consulten con personas de confianza (amigos, vecinos), que pueden haber consultado previamente y que les recomiendan ciertas medicaciones. A su vez, las nuevas tecnologías y la globalización permiten obtener medicaciones que en otros mercados pueden no precisar de receta médica y que pueden venderse de manera ilegal. Cualquiera de estas prácti-

Las disfunciones sexuales y las infecciones de transmisión sexual son, sin duda, los problemas de salud sexual que más frecuentemente son causa de consulta



cas pone en riesgo la salud de los pacientes, que deben tener el visto bueno de un profesional para poder disponer de la medicación más adecuada.

¿Qué puede ocurrir si los pacientes no reciben el tratamiento adecuado?

Aunque son medicaciones, en general, seguras y que no deberían producir efectos adversos graves, sí hay ocasiones en las que algunas condiciones médicas pueden ser una contraindicación para la toma de algunos fármacos. A su vez, si no es necesaria la toma de algunas medicaciones, consumirlas puede afectar negativamente a la curación, ya que puede hacer creer al paciente que su situación no tiene cura. Esto ocurre muy frecuentemente con los problemas de erección (disfunción eréctil), cuando muchos pacientes consumen, sin precisarlo, medicaciones y se acaba generando cierta dependencia psicológica hacia estos fármacos.

¿Se puede cronificar la patología de salud sexual?

Algunas de las patologías relacionadas con la salud sexual del varón son crónicas *per se*. Otras son entidades que se tratan adecuadamente y se curan. El problema es que, si no se tratan a tiempo y de manera eficaz, pueden cronificarse y causar más problemas y complicaciones.

¿Existe una equidad de acceso a los tratamientos en todas las comunidades autónomas?

El modelo sanitario español, descentralizado por completo desde enero de 2002, a pesar de las ventajas que puede suponer, implica, por desgracia, la generación de desigualdades entre ciudadanos de diferentes comunidades autónomas y, en el ámbito de la salud sexual, no es menor.

¿Hacia dónde se encaminan las líneas de investigación en el tratamiento de la patología sexual?

Sobre todo, en lo relacionado con las disfunciones sexuales. La investigación va dirigida a nuevas terapias celulares (células madre, plasma rico en plaquetas), a la par que la implicación conjunta del urólogo y el tratamiento de la parte psicógena por expertos en terapia psicosexual parece ser cada vez más necesaria.

¿Cómo ha afectado la pandemia de COVID-19 a la salud sexual?

En términos amplios, la salud sexual se ha visto amenazada por diversas condiciones derivadas de la pandemia de COVID-19: desde el aislamiento necesario en caso de infección, pasando por el estrés por la situación económica o por

el temor al contagio, así como los meses de confinamiento domiciliario. Todo ello ha generado prácticas dañinas y empeorado las relaciones de pareja, hemos sido conscientes de un auge en la violencia de género y, en nuestras consultas, hemos asistido a una creciente demanda de pacientes con disfunciones sexuales arrastradas desde antes de la pandemia o que han aparecido a raíz de la misma.

¿Qué relación existe entre el estrés y la salud sexual?

El estrés es un estado transitorio de activación de nuestros sistemas de defensa, de lucha y huida. La reacción fisiológica del estrés inhibe el funcionamiento sexual y hace que la liberación de las hormonas que impulsan el apetito sexual se inhiba o se altere. En situación estrés es muy complicado tener relaciones sexuales plenamente satisfactorias.

¿Se presta atención al componente psicológico de la patología sexual?

Por supuesto, cada vez más la parte psicogénica de todas las disfunciones sexuales se analizan en la consulta y con mucha frecuencia se recomienda abordarla como parte básica del tratamiento ■



Una vida sexual activa mejora el perfil cardiovascular

Ignacio Sáinz Hidalgo

Cardiólogo del Centro de Rehabilitación Cardíaca Fisiocard Sevilla y coordinador del Grupo de Trabajo de Disfunciones Sexuales en Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)

Texto | Silvia C. Carpallo Fotos | SEC/EL MÉDICO



“Una vida sexual activa mejora el perfil cardiovascular”

Los especialistas insisten en que es necesario avanzar en la pregunta activa a los pacientes sobre su sexualidad en la enfermedad cardiovascular, ya que la información del especialista puede solucionar muchos problemas como conocer los tratamientos disponibles para la disfunción eréctil. Sin embargo, tratar los efectos adversos de los tratamientos cardiológicos en la sexualidad femenina sigue siendo una de las áreas de mejora.

La salud del corazón depende en gran parte de hábitos saludables en cuanto a alimentación, ejercicio, etc. Pero, ¿una vida sexual activa y satisfactoria puede también ayudar a tener una mejor salud cardiovascular?

La salud se entiende como un bienestar del conjunto de la persona y la sexualidad es una parte inherente del ser humano. Así que obviamente la respuesta es afirmativa. Hay que tener en cuenta que esta esfera sexual tiene varias áreas: la orgánica propiamente dicha, la psicológica y la afectiva. Una vida sexual activa, no solo desde el punto de vista orgánico, sino también desde el punto de vista afectivo y sensorial, produce una disminución del estrés, el sentimiento de aceptación por la pareja y autoafirmación. Si disminuye el estrés, este factor ayuda en la disminución del riesgo en enfermedades cardiovasculares del tipo hipertensión, ictus e infarto de miocardio. Por ello, una vida sexual activa en un sentido amplio (no solo la realización del coito, sino las caricias, la intimidad) mejora el perfil cardiovascular.

Haciendo otra lectura, ¿puede una dificultad sexual ser una señal de alerta de una patología cardiovascular? ¿En qué casos habría que consultar?

En los varones, la aparición de la disfunción eréctil, sobre todo, a partir de los 45 años y en aquellos que coexisten otros factores de riesgo cardiovascular como la HTA, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad o diabetes puede ser un síntoma centinela. En concreto, de que haya una posible enfermedad vascular tipo aterosclerosis cerebral o coronaria. Esto es así porque las arterias del pene son muy similares a las arterias coronarias. Son las llamadas arterias helicinas. Estas son las que vascularizan el cuerpo cavernoso o porción central del pene, que es la zona que se hincha y produce la erección. Estos vasos son de un calibre incluso inferior a las coronarias, cuando se estrechan unas, se estrechan las otras, por acúmulo de colesterol en sus paredes. Si aparece la disfunción eréctil por incapacidad de erección y están estrechas las arterias helicinas, significa que también están afectadas otras arterias como las coronarias. Así pues, si existe una disfunción eréctil en varones mayores de 45 años, para completar su estudio hay que hacer una valoración médica para detectar enfermedad vascular en muchas ocasiones. Lo habitual, es realizarla por medio de una ergometría o test de esfuerzo cardiovascular.

Cuando se habla de salud sexual y corazón casi siempre nos centramos en si la actividad sexual es recomendable y cuando tras un evento, como un infarto, ¿qué habría que aclarar al respecto?

Tras un infarto, la mayoría de los pacientes pueden reanudar la actividad sexual que le apetezca, en un plazo que va desde una semana a un mes y medio. Gene-

ralmente, depende de la gravedad del infarto, los tratamientos que se hayan hecho del tipo de angioplastia con *stent* o *bypass* aorto coronario. En el caso menos complicado, como la implantación de un *stent*, las guías nos dicen que en una o dos semanas puede reanudarse. En los casos más complicados de cirugía coronaria, en los que se haya abierto el esternón, hay que esperar más hasta que este cicatrice. Esto es habitualmente en torno a un mes y medio. En cualquier caso, hay que consultar con el cardiólogo o médico de familia para particularizarlo.

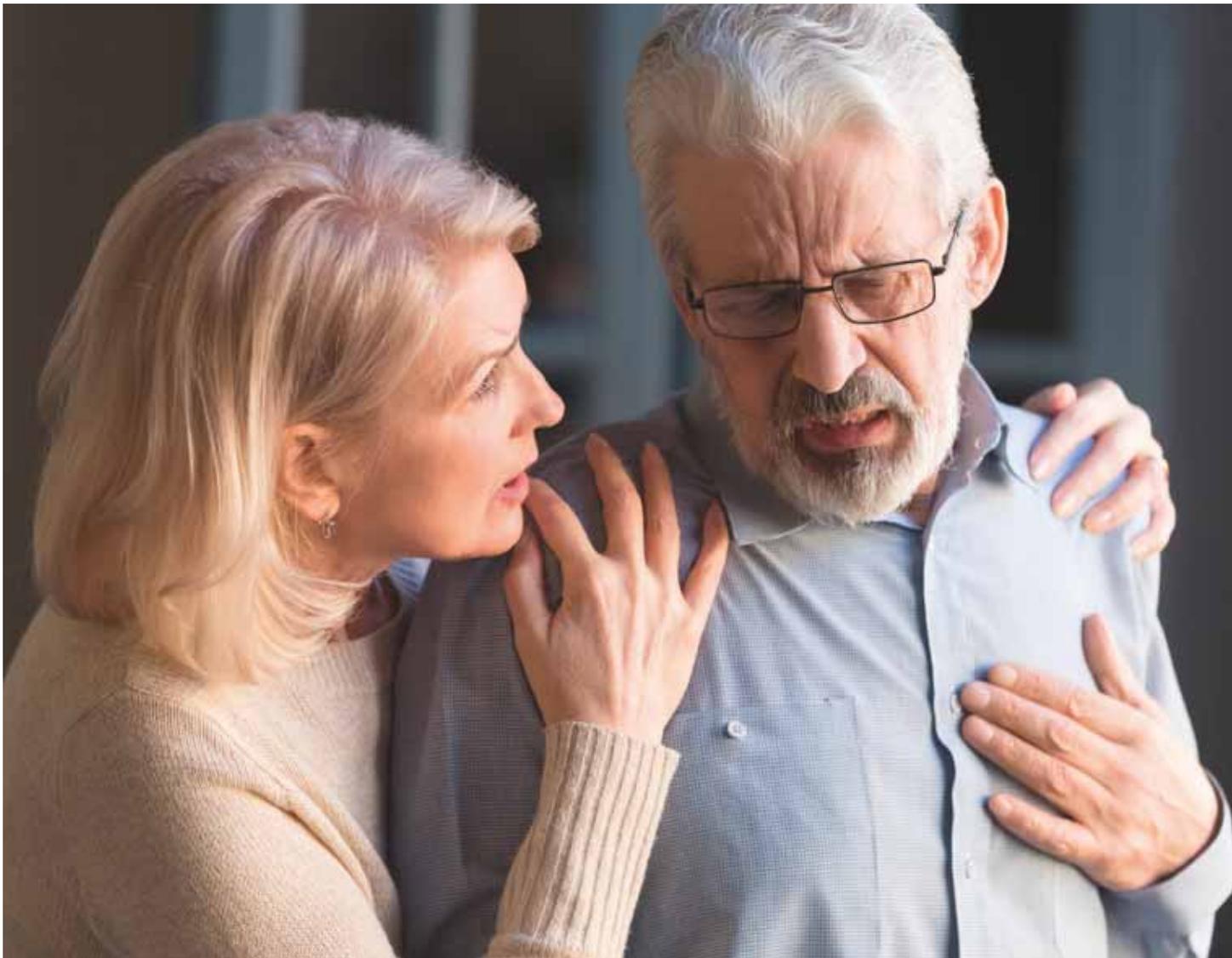
Más allá de querer reactivar la vida sexual, otra cuestión es si la patología cardiovascular puede limitarla, ¿cómo puede afectar?

Como hemos comentado, la enfermedad cardiovascular y la disfunción eréctil van asociadas por la similitud de las arterias helicinas y coronarias. Así pues, aparecen juntas y en sí se limitan. Por otro lado, las enfermedades asociadas que suelen concurrir en estos pacientes, como la diabetes, por variados mecanismos producen disfunción eréctil. Puede haber una completa incapacidad de erección. Esta capacidad se valora por el test de SHIM que es autoadministrado.

Asimismo, más allá de la propia patología, a veces lo que impacta en la vida sexual son los tratamientos. ¿Se intenta buscar un tratamiento que influya lo menos posible? ¿Depende de la patología, del tipo de paciente...?

Hay cierta polémica sobre los efectos secundarios de algunos medicamentos en la

La enfermedad cardiovascular y la disfunción eréctil van asociadas por la similitud de las arterias helicinas y coronarias



función sexual. En realidad, en la mayoría de los casos se puede tratar sin retirar los medicamentos más imprescindibles. En rehabilitación se hace un seguimiento muy estrecho del paciente y es más fácil seguir todos los aspectos de la vida del paciente. De hecho, es frecuente que este tema salga en consulta. Lo que hacemos los especialistas en rehabilitación cardíaca es insistir en la importancia de continuar el tratamiento, pero buscando herramientas para la disfunción sexual. Esto generalmente se traduce en poner un tratamiento para la disfunción eréctil. Ya hay menos

miedo a este tipo de tratamientos. Hoy en día está comprobado que el sildenafil y fármacos similares pueden tomarse conjuntamente con el tratamiento cardiológico, siempre que se explique bien su aplicación al paciente. Al principio es cierto que había mucho miedo con este tema, pero ya contamos con mucha evidencia al

Lo que hacemos los especialistas en rehabilitación cardíaca es insistir en la importancia de continuar el tratamiento, pero buscando herramientas para la disfunción sexual

respecto a los tratamientos de disfunción eréctil. No solo no afectan al corazón, sino que podríamos decir que, a veces, el impacto emocional que tiene un paciente que sufre este tipo de disfunción sexual si no se trata es peor para la evolución del paciente. Por lo tanto, resultan positivos. Lo que no ha habido en



estos años son novedades en cuanto a tratamientos cardiovasculares que eviten este tipo de efectos secundarios. No ha habido nada nuevo en los últimos 15 años a este respecto, así que sigue siendo un área de mejora.

A este respecto suele hablarse, sobre todo, de dificultades como la disfunción eréctil, etc., pero, ¿son tan conocidas las dificultades sexuales femeninas, como, por ejemplo, la anorgasmia?

Sí se conocen, pero desde más reciente fecha. En estos casos interviene mucho la aparición de la menopausia y las dificultades en la lubricación de la vagina. Esta es realmente una de las grandes áreas de mejora. Actualmente no contamos con tratamientos ni apenas soluciones a este respecto y debemos tener en cuenta que el infarto es más frecuente en mujeres. Las dificultades más comunes son la dispareunia, es decir, el dolor durante la penetración vaginal, generalmente asociado a esta falta de lubricación. Y, por ende, la falta de deseo. Habitualmente el problema es que los tratamientos, sobre todo, los diuréticos que utilizamos en el caso de la hipertensión, producen deshidratación, por lo que la mucosa vaginal se ve afectada en este sentido. Precisamente para la cuestión de la sequedad vaginal sí que han salido al mercado algunos tratamientos, pero no son tan eficaces como desearíamos. La disfunción femenina además está muy ligada al miedo tras el infarto, que deriva en una falta de deseo, que hoy en día es dónde se está intentando investigar más, porque es una cuestión más relacionada a nivel central del sistema nervioso. Pero por el momento sigue siendo necesario realizarmás investigación al respecto. Aunque sin duda, en

La disfunción femenina está muy ligada al miedo tras el infarto, que deriva en una falta de deseo

Lo que intentamos transmitir desde el Grupo de Disfunción Sexual de la SEC, es que hay que realizar una pregunta activa

estos casos, el fármaco más efectivo en la consulta del médico es la palabra y poder abordar este tipo de temas con el paciente para buscar las herramientas posibles.

En estos casos, ¿es importante abordar la cuestión con la pareja en consulta y no solo con el paciente?

Yo diría que es imprescindible. De hecho, en las reuniones de rehabilitación cardiaca se cita a la pareja, porque es un tema a abordar no solo con el paciente, sino con ambos. Hay veces que la pareja tiene más miedo a retomar la vida sexual que el propio paciente, por si se produjera un nuevo evento durante el acto sexual. Además, también es importante hablar de que la esfera de pareja no solo tiene la parte física, sino que también hay una parte emocional que atender.

En los casos en los que el paciente necesita pautas sobre cómo adaptar su sexualidad, ¿cómo se aborda el tema en consulta?

La mayoría de los problemas son solucionables por el equipo de Cardiología. Hoy en día hay más sensibilidad sobre esta cuestión, tenemos incluso el Grupo de Disfunción Eréctil en la SEC, que ahora que ha pasado a ser el Grupo de Disfunción Sexual. A través del mismo, realizamos charlas, conferencias, etc., destinadas al resto de compañeros, porque cada vez hay más interés sobre este tema. En este ámbito sí hemos avanzado mucho en los últimos años. Lo cierto es que este tema siempre acaba por surgir. Es muy habitual que al final de la consulta, cuando está dándole el informe al paciente, sea el momento en el que el paciente o su pa-

reja pregunten por las dudas relacionadas con su sexualidad. Pero lo que tratamos de hacer ahora y lo que intentamos transmitir desde el Grupo de Disfunción Sexual de la SEC es que hay que realizar una pregunta activa. No esperar a que sea una iniciativa del paciente, sino que sea el profesional quién aborde, con sensibilidad, el tema. No obstante, tratar el tema en consulta arroja resultados muy positivos. Por ejemplo, en rehabilitación cardiaca realizamos un cuestionario antes y después de realizar la rehabilitación y preguntamos si existe algún tipo de disfunción sexual. En el caso de los hombres, en torno al 60 por ciento contesta que sí hay algún problema, aunque tras la rehabilitación este porcentaje disminuye al 15 o al 20 por ciento, sobre todo, gracias al tratamiento farmacológico, pero también gracias a la información que ofrecemos. En el caso de las mujeres el porcentaje inicial suele ser mayor, en torno al 80 por ciento, y del 60 por ciento tras la rehabilitación, ya que contamos con menos tratamientos posibles, como ya hemos comentado. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada pareja es diferente y que cada persona establecerá también diferentes formas de relacionarse.

Hablando de tratamientos, a raíz de los posibles trombos relacionados con la vacuna del coronavirus se ha vuelto a poner de actualidad los posibles efectos cardiovasculares de los anticonceptivos. ¿Qué es importante saber a este respecto?

El riesgo actual con anticonceptivos más modernos, vigilados clínicamente, es muy pequeño. Básicamente porque hemos conseguido el mismo nivel de anticoncepción con dosis de hormonas mucho menores. Era precisamente el nivel de hormonas lo que producía este mayor riesgo de trombosis, por lo que la realidad ha variado mucho. Ahora tenemos muchos menos eventos, incluso teniendo en cuenta que hay más mujeres fumadoras que las que había con los anticonceptivos de entonces ■



**FORMACIÓN
PRESENCIAL
ONLINE
BLENDED**



**FORMACIÓN
FUERZA
DE VENTAS**



**DESARROLLO
PROFESIONAL**



**CONOCIMIENTO
CLÍNICO**



**POSTGRADO
UNIVERSITARIO**



Formación

MARCA LA DIFERENCIA





Cualquier problema de salud
puede interferir
en la
vida sexual
de las personas

Francisca Molero

Presidenta de la FESS (Federación Española de Sociedades de Sexología)

Texto | Silvia C. Carpallo

Fotos | FESS/EL MÉDICO



“Cualquier problema de salud puede interferir en la vida sexual de las personas”

La sociedad demanda tener una vida sexual activa como parte de su calidad de vida. También en una edad avanzada o ante la aparición de una patología. Por ello, si bien la salud sexual antes parecía una demanda de segundo orden, ahora cada vez es más necesario su abordaje desde las consultas. En este contexto es clave contar con los sexólogos clínicos, tanto en la derivación de casos complejos, como para la formación básica y necesaria de los propios especialistas.

La sexualidad es ahora un tema mucho más abierto y del que la población dispone más información. ¿Hay más conciencia de que es también un factor a tener en cuenta en nuestra salud?

Efectivamente, cada vez se ha generalizado más esta idea. Desde 1975 que la OMS definió la salud sexual han pasado muchos años. Empezamos primero incluyendo la actividad sexual como indicador positivo en los estudios de calidad de vida. Actualmente hay evidencia científica clara de la importancia de disfrutar de una sexualidad satisfactoria como un elemento de bienestar, de cómo la funcionalidad sexual mejora la mayoría de sistemas corporales y de cómo nos avisan de ciertos riesgos de enfermedades cuando aparecen síntomas de disfunción. Por ejemplo, es el caso de los problemas de erección masculina o problemas de excitación femenina y el riesgo cardiovascular. También aconsejamos la actividad sexual para el mantenimiento y prevención de problemas genitales como en el caso del síndrome genitourinario de la menopausia, sin olvidar los efectos beneficiosos sobre la salud mental.

Teniendo todo esto en cuenta, ¿se ha traducido en que la población acuda con más normalidad al psicólogo o al sexólogo para abordar sus dificultades con la sexualidad como acude a cualquier otro especialista?

El sexólogo o sexóloga es un profesional que cada vez es más conocido, aunque

mucho menos utilizado de lo que se necesitaría. Sin embargo, sigue existiendo confusión entre los pacientes y los propios sanitarios. No todos los profesionales de la Sexología son sexólogos clínicos, que son los que atienden las disfunciones sexuales, ni lo son los psicólogos o médicos si no se han formado específicamente para ello. Por lo tanto, creo que es muy importante esta clarificación para favorecer que las personas con disfunciones sexuales puedan ser bien orientadas y atendidas.

Al igual que pasa con las pseudoterapias, ¿hay en este ámbito la necesidad de definir mejor las terapias con evidencia y de perseguir el intrusismo profesional?

Efectivamente, uno de los problemas de la sexología es la intrusión de personas sin formación. Especialmente a través de redes sociales, etc., captan a personas para realizar “terapias” no regladas, por así decirlo. Desde la FESS llevamos tiempo trabajando en la necesidad de que se haga un grado de Sexología con especialización en la parte clínica o educativa. Llevamos también tiempo trabajando en la posibilidad de un colegio profesional específico, aunque todavía no tenemos ningún resultado en ninguno de los dos casos. Sí que es cierto que disponemos de formación universitaria de máster de Sexología, máste-

res algunos oficiales y otros propios que se hacen desde diferentes universidades del territorio.

Y ante esta situación, ¿cómo se trabaja el ámbito de la Sexología desde la Sanidad Pública? ¿Existe la posibilidad de realizar interconsultas, derivaciones, etc.?

Sin duda cada vez hay más coordinación y derivaciones, pero siguen siendo muy escasas. Desafortunadamente las derivaciones entre profesionales suelen hacerse

No todos los profesionales de la Sexología son sexólogos clínicos, que son los que atienden las disfunciones sexuales

se más desde el ámbito de la Sanidad privada, ya que en la Sanidad pública hay muy pocos servicios específicos de terapia sexual. Sí hay de información y educación

sexual, pero sigue siendo predominante el ámbito de la salud reproductiva. Por todo ello, nos hemos vuelto a reunir con la Estrategia de Salud Sexual, que estuvo parada diez años, aunque con la pandemia se ha vuelto a interrumpir. Dentro de esta estrategia una parte es la de buenas prácticas, otra la de formación a profesionales y otra de atención clínica. En esta última lo que se pretendía es que haya servicios en la pública no solo de educación y asesoramiento, también de terapia. Hay algunos ejemplos en algunas CC.AA. Quizás Valencia donde sí que existen sexólogos en servicios públicos de una manera más generalizada.

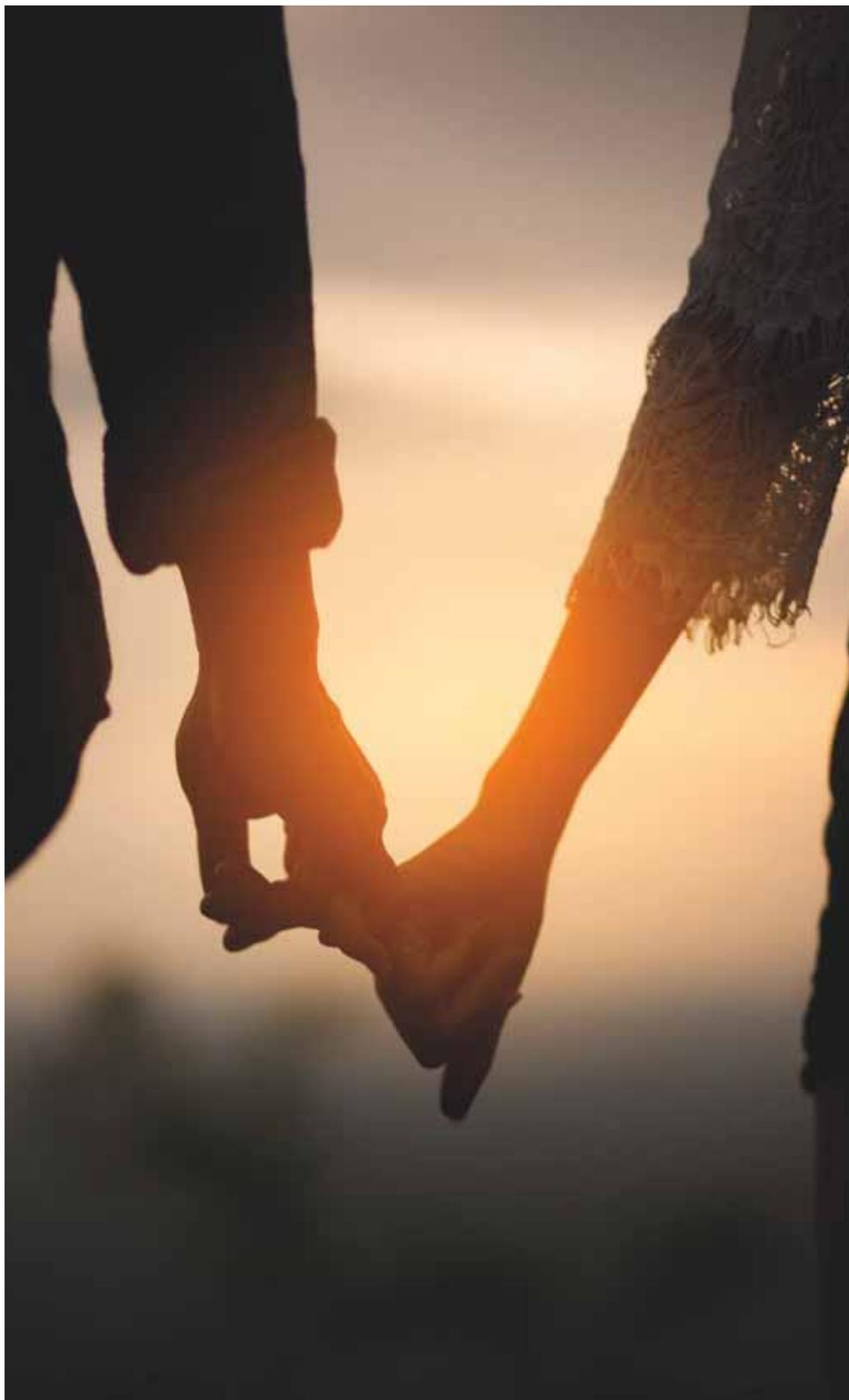
Ante la falta de sexólogos en el ámbito público, ¿cómo pueden manejar estas cuestiones y demandas los profesionales sanitarios?

La clave es que los sanitarios tuvieran una formación mínima, especialmente en

Atención Primaria, incluyendo enfermería, médicos de familia y pediatras. No tienen por qué ser muchas horas. Hace tiempo planteamos unos cursos con Ginecología y con matronas de 20 horas en counseling de sexualidad humana. La idea es tener una formación básica de la respuesta sexual humana, cómo se manifiesta a lo largo de las diferentes áreas vitales, los problemas más frecuentes, qué patologías pueden afectar a la sexualidad de forma más frecuente. También, y esto es muy importante, sobre cómo abordar el tema de la sexualidad en consulta, especialmente cómo preguntar y facilitar que se pregunte para facilitar la demanda. Si esa información básica no es suficiente, ya se plantearía la derivación. Para ello habría un servicio específico de terapia sexual de referencia por área sanitaria o cómo estuviera coordinado. Es cierto que todo esto está ahora parado por el tema de la pandemia, pero los profesionales debemos seguir insistiendo en que el tema de la educación sexual es clave porque aborde temas tan diversos como la prevención del maltrato, con la educación por la igualdad, el respeto, etc.

¿Por qué sería importante atender este tipo de demandas también desde la Sanidad pública?

Para ver la importancia de este problema solo hace falta ver las cifras de algunas de las enfermedades más prevalentes. Por ejemplo, las personas hipertensas y diabéticas crónicas y con tratamiento van a tener sobre todo problemas de erección y problemas en la sexualidad femenina. Pensemos también en todas las personas a las que se les diagnostica un cáncer o patologías de salud mental como la toma de antidepresivos. El tema es que absolutamente cualquier problema de salud puede interferir en la vida sexual de las personas y por tanto en su bienestar. La sociedad ha avanzado mucho en su relación con la sexualidad. Es una sociedad más tolerante, que vive más tiempo, con mejores estándares de





calidad de vida y que sabe que tener una vida sexual activa (que no tiene por qué traducirse en coito sino en diversidad de prácticas) tiene un impacto positivo en la salud a nivel general. En el sistema inunitario, en la prevención de enfermedades cardiovasculares, en la mejora del estrés, de la movilidad, de la memoria, etc. Todo eso nosotros lo sabemos como sanitarios, pero la población también es más consciente. Y muchas veces los sanitarios han recibido una demanda para la que no estaban preparados porque no se les ha ofrecido formación al respecto.

Desde su experiencia, y teniendo en cuenta que el espectro sexual es muy amplio, ¿cuáles podríamos decir que son los motivos de consulta más frecuente para acudir al sexólogo por parte de los españoles?

Varía si hablamos de una consulta de la red pública o privada. Normalmente en la red pública se atiende demandas sexuales de jóvenes y adolescentes, muchos relacionados con mitos sexuales, orientación sexual, identidad sexual y prácticas sexuales. Por otra parte, en personas maduras son más habituales los problemas de bajo deseo sexual, dispareunia y problemas de erección. En las consultas privadas la población que demanda con más frecuencia son adultos jóvenes. En estos casos, los problemas sexuales más frecuentes son en el caso de las mujeres: bajo deseo sexual, dolor en las relaciones sexuales (vaginismo y dispareunia), o anorgasmia coital. En el caso de los hombres son más habituales los trastornos de la eyaculación, disfunción eréctil situacional y cada vez con más frecuencia problemas de bajo deseo sexual. Los problemas de desajuste de la frecuencia sexual y problemas de pareja son también muy comunes.

¿Y hasta qué punto son frecuentes estas dificultades?

Para hacerse una idea del porcentaje, un ejemplo claro es el que observamos en mujeres menopaúsicas con síndrome genitourinario. Sabemos que a medida que avanzan los años, el 50 por ciento de las mujeres van a tener sintomatología relacionada con la atrofia vaginal, que produce dispareunia, es decir, dolor en relaciones sexuales, que es una de las causas de evitación de las relaciones. Todo ello conlleva problemas de autoestima, distanciamiento emocional, problemas de comunicación en la pareja y aumenta también la probabilidad de que la pareja masculina acabe padeciendo disfunción eréctil. Y este es solo un ejemplo.

¿Muchos de estos problemas existirían si tuviéramos una mayor educación sexual?

Claro que influye. Sabemos que aproximadamente el 80 por ciento de las demandas sexuales son problemas sexuales, no disfunciones sexuales, y con un counseling adecuado se pueden solucionar. La metodología counseling se empezó a trabajar en España cuando empezó el SIDA. Esta es la metodología que se ha ido destacando en las guías internacionales en los últimos años. Es simplemente entender que cualquier profesional sanitario debe tener unos conocimientos básicos basados en evidencia y entendidos en el contexto de esas personas. Todo ellos para dar

unas sugerencias específicas que la persona pueda entender y que puedan ayudarle a mejorar el problema. Por ello solo con una pequeña formación de los profesionales tendríamos muchísimo avanzado, porque así habría que derivar solo un menor porcentaje de casos.

Insistiendo en el tema de la formación, el hecho de que haya más libertad para hablar de diversidad, de diferentes orientaciones, identidades, etc., ¿ha ayudado a manejar estas cuestiones?

Las demandas y la oferta van de la mano. Y en ocasiones de manera paradójica la necesidad de formación de los profesionales ha sido después de recibir demandas que no han sabido resolver. No podemos olvidar la importancia del contexto sociocultural en la vivencia de la sexualidad de las personas. Sin embargo, todavía, también en el sistema sanitario, caemos en el abordaje heteronormativo por defecto, por eso es también importante la formación para la comunicación y el abordaje de estas cuestiones.

¿Qué otros ámbitos de mejora de salud sexual hay dentro del sistema sanitario?

En el cuidado integral del paciente con enfermedades oncológicas o crónicas deben estar presentes aquellos elementos que promueven la salud sexual y previenen las secuelas o discapacidades

El sistema sanitario tiene que desarrollar los diferentes aspectos que se necesitan e integran la salud sexual: información y educación sexual; terapia sexual: tratamiento y rehabilitación e investigación. En el cuidado integral del paciente en enfermedades

oncológicas o crónicas debe estar presente aquellos elementos que promueven la salud sexual y previenen las secuelas o discapacidades y eso se debe garantizar mediante protocolos y profesionales formados ■

NACE

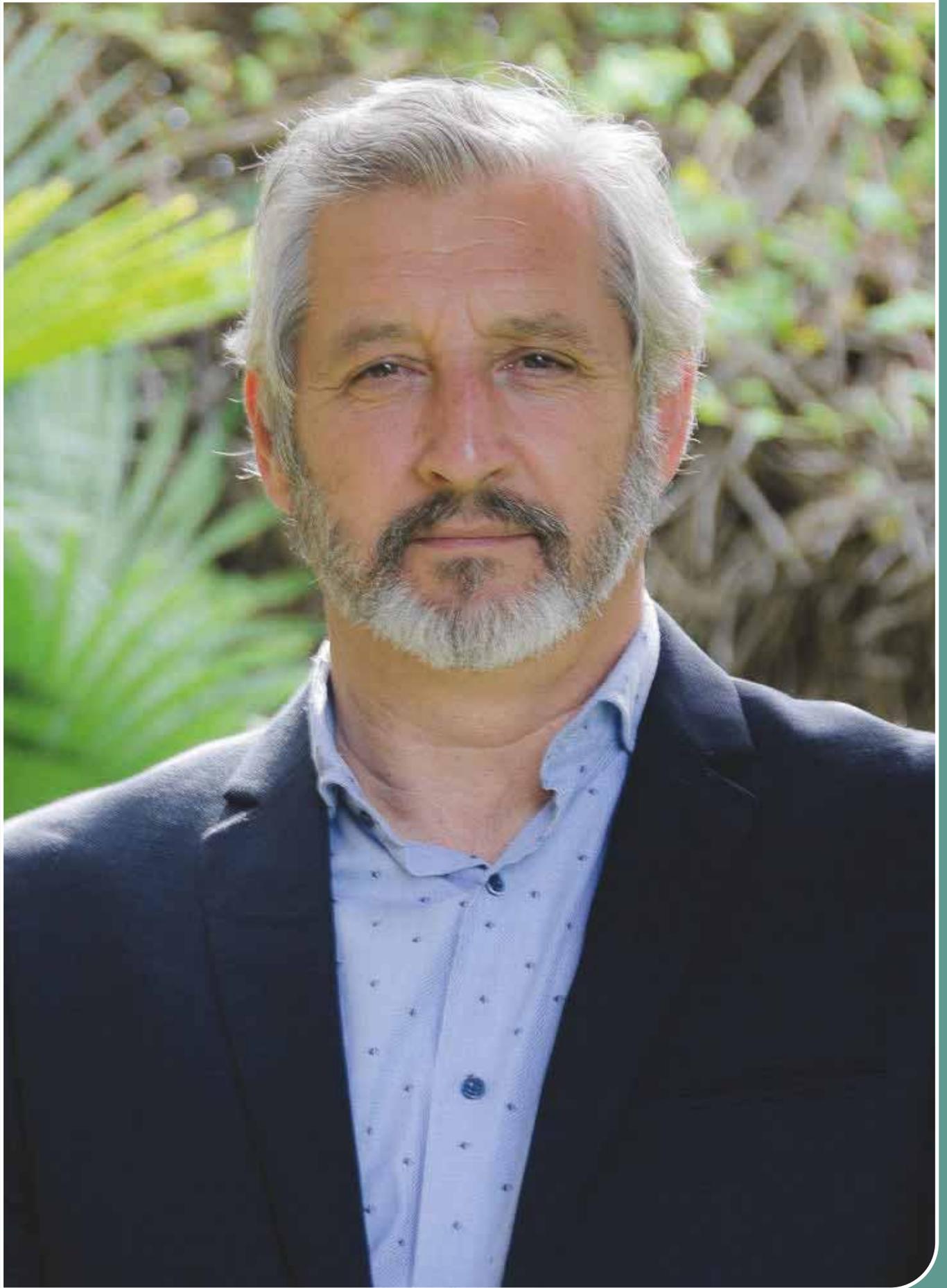
PORTALenfermería

DE ACTUALIDAD INFORMATIVA
Y **FORMACIÓN** CONTINUADA



formación
NOTICIAS
ACTUALIDAD
enfermería

Contacte con nosotros en: gruposaned@gruposaned.com



La impotencia y la falta de
apetito
sexual
se relacionan con
patologías
mentales

Ángel Luis Montejo González

Presidente de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental

Texto | Nekane Lauzirika Fotos | Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental/EL MÉDICO



“La impotencia y la falta de apetito sexual se relacionan con patologías mentales”

Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Salamanca y director científico de la Asociación Española de Sexualidad y Salud Mental, Ángel Luis Montejo González lleva más de 20 años estudiando la sexualidad humana y aglutinando a psiquiatras interesados en el tema para realizar investigaciones y estudios sobre esta área de la medicina. “Con mucho esfuerzo conseguimos echar a andar la asociación en la que participan actualmente no solo psiquiatras, sino también expertos en otras especialidades, entre ellos, psicólogos”, explica a la revista EL MÉDICO.

Psiquiatra y experto en sexualidad humana, el doctor Montejo se refiere a la creación de la asociación, “porque no tener una vida sexual satisfactoria suele derivar en problemas de salud mental algunos de ellos de gran gravedad”, reconoce. Por eso, “primero hicimos un grupo de trabajo hace ya dos décadas. Realizamos una primera reunión científica que partió de mi interés personal por este tema. Desde 2002 venimos realizando encuentros con expertos de forma ininterrumpida hasta conseguir atraer a psiquiatras interesados en el tema”, explica.

¿Con qué idea creó la asociación?

Nacimos para aportar conocimiento sobre la sexualidad a los especialistas en Psiquiatría. En la carrera de medicina no se imparte una formación específica, ni existe una carrera de sexología como tal; actualmente lo que hay son másteres, pero no una formación específica, ni siquiera alguna asignatura suelta.

¿Es una asignatura pendiente?

Sí. La formación en sexualidad es clave, sobre todo, para los psiquiatras que van a trabajar con pacientes con depresión. Por eso, pusimos en marcha la Asociación de Sexualidad y Salud Mental.

¿La salud sexual es clave en la salud física?

Es fundamental. Se ha visto que la salud

sexual tiene un número enorme de beneficios sobre la salud en general.

¿Por ejemplo?

La actividad sexual tiene un efecto analgésico importante, así como antidepresivo y ansiolítico. Además, actúa positivamente sobre la longevidad, observándose una relación directa entre el número de veces que se hace el amor y el aspecto juvenil que tienen las personas. Parece un chiste, pero es cierto. Se hicieron experimentos con personas a través de un cristal que no se veía y la gente calculaba la edad media de las personas que había al otro lado del cristal; coincidió en que las personas que más veces hacían el amor parecían más jóvenes.

¿Al hablar de amor queremos decir sexo?

Sí, claro. Pero me refiero, sobre todo, al sexo con vínculo. No se trata de actividad sexual indiscriminada, no, sino de hacer el amor con una pareja estable con la que hay un vínculo emocional, que es algo muy diferente. Nosotros le damos mucha importancia a esto. También se ha visto que las personas, cuanto más actividad sexual tienen, más rebajan su riesgo de padecer cáncer de próstata y de mama. Quienes no tienen actividad sexual alguna, padecen más riesgo de sufrir ese tipo de cánceres.

En la literatura clásica se habla del mal de amores. ¿Es una patología mental?

No, no es una patología. Mal de amores es un sentimiento emocional que se equipara a muchas situaciones de la vida en las que las personas sufren, pero no se puede considerar una enfermedad mental, salvo que se acompañe de algunos rasgos que pueden llegar a ser patológicos, pero porque la persona tenía antes algún trastorno de personalidad, depresivo. Hay gente que lleva muy mal los duelos de las rupturas, de lo que nosotros llamamos ‘el proceso de desvinculación’, y son incapaces de superarlo adecuadamente; lamentablemente, de eso hay mucho. Porque no se nos enseña a superarla, ni en las universidades, ni en los colegios, ni en ningún sitio. Es algo absurdo que no se haga, nosotros desde la

La vida sexual tiene que formar parte de la vida normal del ser humano

Asociación lo reivindicamos. Es decir, se enseña a los niños en cuantas caras cristaliza un cuarzo

y toda clase de piedruchas, así como cuántos habitantes tiene Burundi, pero no se les enseña a manejarse emocionalmente de forma adecuada en esos procesos. Eso es una tara enorme que tiene nuestro sistema educativo.

Padecemos enfermedades contagiosas, ¿eso, por ejemplo, también puede tener connotaciones psíquicas?

Claro que sí. Tiene muchísimas. De hecho, ahora mismo vivimos un incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los adolescentes y vemos que aún hay un porcentaje muy elevado que no quiere utilizar preservativos en las relaciones esporádicas; esto es muy grave, un tema de salud pública. El problema es que la educación sexual que se da a nuestros escolares es paupérrima y, lamentablemente, está politizada. Supuestamen-

te, quienes deben velar por la educación sexual añaden otros contenidos políticos y los partidos no se ponen de acuerdo en esta materia. Sería muy importante centrarse en cosas no politizadas, pero no hemos tenido suerte y no se han puesto de acuerdo.

Varones con impotencia o mujeres sin apetito sexual. ¿Se manifiesta con patologías mentales?

Va bastante unido. Existen y ya estaban descritas en los manuales de diagnósticos estas patologías mentales ligadas al descenso del deseo sexual, tanto femenino como masculino. Pero, curiosamente, ahora se están empezando a tratar de modo diferenciado en el caso de la mujer, porque se considera que tienen características diferentes que en el varón. Hasta hace poco no se hacía, pero estas connotaciones diferenciadas y que la frecuencia sea tremendamente elevada lo hace muy útil en clínica. Lo desalentador es que sea tan grande esta frecuencia de relación patológica.

¿A qué se debe?

Por muchas razones. La primera es cómo va evolucionando la pareja. Si no se cuida bien y no se tiene una buena vida sexual, con el tiempo se va deteriorando, sobre todo, porque el deseo y la actividad sexual van muy unidos a todo lo que es el sistema cerebral que tiene que ver con la novedad. También, lamentablemente, a las parejas tampoco se les enseña cómo mantener la vida sexual activa y satisfactoria. Todo esto se deja al autoaprendizaje. Hay personas que aprenden muy bien y otras muy mal. Y como se habla poco de sexo, porque no se nos ha enseñado de pequeños que es tabú, a pesar de que es algo consustancial a nuestra vida, las personas tienen problemas.

Está claro que existe una relación entre la disminución de la sexualidad, la tristeza y la frustración con la aparición de depresiones



Lo relacionado con la sexualidad está entre el tabú y el estigma. ¿Afecta a patologías que pueden estar relacionadas?

Sí. Muchísimas. Por ejemplo, cuando aparecen las primeras disfunciones eréctiles en los varones, si se explorara siempre en Atención Primaria a partir de los 40 o 50 años, la aparición de disfunción eréctil sin ninguna otra etiología, puede ser un marcador de patología coronaria y entonces si la gente se atreviera a decir esto, muy probablemente podríamos explorar todo el sistema vascular. Es como un síntoma centinela en algunos pacientes. Los vasos arteriales se deterioran con los años, se van haciendo más duros y

puede ser un síntoma de alarma, con lo cual hay que poner en marcha otras medidas. Y, por otro lado, hay muchos problemas de descenso del deseo sexual y de orgasmos que se producen por la toma de psicofármacos. Esta fue la primera razón que me motivó, a mí personalmente, a ver a muchos pacientes que se quejaban de eso. Cuando les preguntaba se quejaban, no todos, pero sí bastantes, de que cuando tomaban determinados fármacos antidepressivos perdían su deseo sexual y que, además, tenían problemas de retraso del orgasmo. Eso era dramático para miles de personas a las que no se les informaba porque entonces se sabía poco y los laboratorios no habían investigado estos problemas en los ensayos clínicos. Porque cuando se investiga un fármaco para la depresión u otras patologías psíquicas, no suele preguntarse a los pacientes cómo va su vida sexual; parece una pre-



gunta que sobra. Pero determinados anti-depresivos, los que incrementan la serotonina y no solo estos, unido a su efecto antidepressivo también bajan muchísimo el deseo sexual.

La sexualidad en la juventud es distinta a la de la madurez. ¿Dónde detectan más los problemas psicológicos y mentales, en jóvenes o en adultos?

Los adolescentes tienen una sexualidad mucho más activa, impulsiva y candente. Es un tema fundamentalmente de novedad hormonal, despiertan las hormonas y el deseo sexual es dramático, tremendo. Por lo general, antes era el varón quien solía tomar la iniciativa mientras la mujer tenía un papel más pasivo. Pero todo esto ahora está cambiando, incluso llega a ser al revés. Son ahora las mujeres las que toman la

iniciativa para establecer una primera relación sexual. Y, además, el objeto de vínculo que se tiene con los adultos no ocurre al principio entre los adolescentes. Es decir, los adolescentes tienen una actividad sexual más exploratoria; por lo general, ellos quieren tener distintas relaciones y experiencias previas hasta que encuentran la pareja a la que se vinculan más adelante. Ahora no suele darse ese sentimiento que se tenía antes relacionado con prejuicios religiosos de que con la primera persona que tocabas o te tocaba te tenías que casar. Salvo en círculos muy católicos y muy conservadores eso se ha acabado, el tema ha cambiado drásticamente. Existe una actitud más exploratoria de probar y cada vez hay menos restricciones morales. Esto hace que los jóvenes tengan más riesgo de enfermedades tanto físicas como psíquicas relacionadas a la función sexual, ligadas todas ellas a la mayor frecuencia de procesos de vinculación y desvinculación; si antes tenías un novio o novia con la que estabas varios años y rompías, tenías un

duelo cada cierto tiempo, pero ahora los duelos son muy frecuentes, tanto como la frecuencia de vinculación y desvinculación. Además, ocurre que los chicos y chicas han cambiado el modo de relacionarse y los chicos empiezan a tener miedo a las mujeres.

¿Por qué?

Ellos tienen miedo a rendir poco, creen que deben rendir siempre adecuadamente y que tienen que satisfacer a sus parejas como “supermanes”, sobre todo, si se inician en el sexo a través del porno, donde los hombres parecen ser penes andantes, no seres humanos. Ven penes duros como piedras que nunca desfallecen y se

comparan y esa “porno-educación sexual” que ven es demolidora para ellos. Por un lado, quieren ser “supermanes” en la cama, lo que es muy

difícil de conseguir, y, por otro lado, se empieza a ver varones que no quieren vincularse de ninguna manera porque tienen miedo a la mujer. Este es un proceso que los especialistas tenemos que analizar con más detalle: qué está pasando para que cada vez menos hombres quieran vincularse. Esta es una enorme diferencia de comportamiento de los jóvenes actuales con respecto a la gente de más edad.

¿Tiene una relación significativa la sexualidad con los suicidios?

Está claro que existe una relación entre la disminución de la sexualidad, la tristeza y la frustración con la aparición de depresiones. La persona incapaz de tener relaciones sexuales, sea por razones orgánicas o por otras cuestiones, sufre y sufre mucho; y sufre más el varón que la mujer. Al varón parece que le ponen un motor

de 500 caballos de testosteronas y a las mujeres estrógenos, de modo que la potencia de deseo sexual es muy diferente. El deseo en el varón es mayor por razón de la testosterona. Biológicamente es así, somos iguales en derechos y ante la ley, pero diferentes biológicamente. La naturaleza es más poderosa que nuestras leyes y seguirá siendo así siempre, a no ser que socialmente estemos haciendo que los varones se inhiban por miedo a no rendir o a ser castigados. Nosotros desde el punto de vista científico observamos que el comportamiento está cambiando y no sabemos hacia dónde vamos, pero está cambiando mucho.

¿Los médicos tendrían que dar más importancia a la vida sexual del paciente?

Sí. No tomárselo como una forma de invadir su intimidad, sino que su vida sexual determinará muchas veces su comportamiento y la patología que sufren. En la primera visita de todas las consultas, lo mismo que le preguntamos cómo come, cómo duerme, qué le duele, hay que preguntarle qué tal le va su vida sexual, independientemente de que sean homo o heterosexuales. Hay que preguntárselo porque ahí podremos ver si hay un atisbo de patología. Otro problema es que no hay sexólogos en la Seguridad Social, ni un sitio dónde enviarles. Desde la Asociación

queremos suplir esa carencia y tenemos un curso cada año para profesionales sanitarios, en el que nos reunimos durante una semana expertos en Psiquiatría,

El problema es que la educación sexual que se da a nuestros escolares es paupérrima y lamentablemente está politizada

Psicología y Pedagogía para intercambiar ideas e información sobre temas de salud y sexualidad muy interesantes y que pueden resultar de ayuda para los sanitarios en general. El mensaje clave que queremos transmitir es que la vida sexual tiene que formar parte de la vida normal del ser humano ■



Fundación Josep Carreras
CONTRA LA LEUCEMIA

| *30 Aniversario*

13.971 donantes de médula ósea compatibles localizados para pacientes españoles que necesitaban un trasplante y no disponían de un familiar compatible.

11 líneas de investigación en marcha en el Instituto de Investigación contra la Leucemia Josep Carreras, el primer centro de Europa dedicado exclusivamente a la leucemia.

313 pacientes alojados junto a sus familiares en los pisos de acogida para pacientes que reciben tratamiento lejos de su lugar de residencia.

19.595 consultas médicas y de información al paciente gestionadas para ofrecer apoyo.

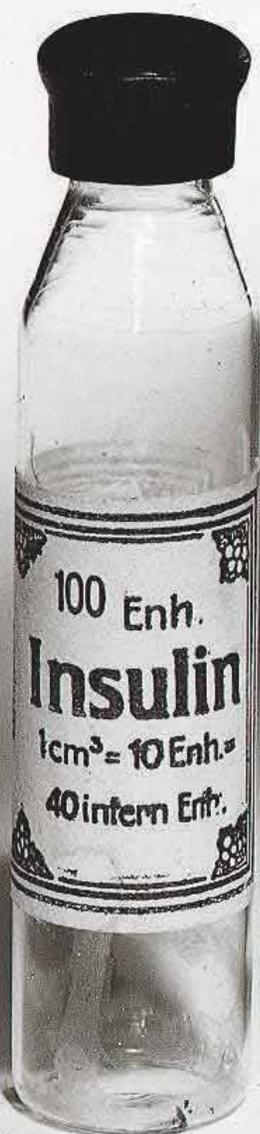
105.205 socios y colaboradores que sostienen nuestro trabajo.

1 hombre, **Josep Carreras**
30 años de lucha **#imparablescontralaleucemia**

Gracias. Entra en www.imparables.org



REPORTAJE



Diabetes: de la insulina a la terapia génica

El abordaje de la diabetes ha experimentado grandes avances en el último siglo. Precisamente en 2021 se conmemoran los cien años desde el descubrimiento de la insulina, un hallazgo que mereció en 1923 el Premio Nobel de Medicina y Fisiología. En la actualidad, una de las grandes esperanzas del paciente con diabetes es la terapia génica.

Texto | EL MÉDICO Fotos | Novo Nordisk



REPORTAJE

Diabetes: de la insulina a la terapia génica

En 2021 se conmemora el centenario del descubrimiento de la insulina, un hallazgo que ha cambiado y ha salvado la vida de muchas personas con diabetes de todo el mundo. Desde aquel verano de 1921 hasta la actualidad, el abordaje de esta enfermedad ha variado de forma considerable, especialmente durante los últimos años con la aparición de nuevos fármacos e innovaciones en la tecnología para medir la glucosa o para inyectarse la insulina.

Diversas entidades públicas y privadas como, entre otras, la Fundación para la Diabetes Novo Nordisk, han organizado una serie de actividades para conmemorar esta efeméride. El objetivo es visibilizar los beneficios y los avances que ha supuesto la investigación en el campo de la diabetes y que supondrá en el futuro más inmediato.

“El descubrimiento de la insulina ha supuesto el principio de una nueva era en el manejo de la diabetes, pero todavía se puede hacer más”, ha dicho Francisco Merino, profesor titular de Medicina en la Universidad de Valencia y jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

“Las opciones se han ampliado mucho, desde el tratamiento único, como era la insulina, a tener varias líneas de tratamiento diferentes. Hemos pasado de insulinas de origen animal y de recombinación humana a análogos de insulina con una gran flexibilidad, simplicidad o practicidad, entre otras características”, ha añadido.

Atención Primaria juega cada vez más un papel fundamental en el abordaje de la diabetes, desde su diagnóstico hasta el cumplimiento de objetivos

El futuro pasa por la terapia celular

En este sentido, con motivo de este centenario, Novo Nordisk, una de las compañías punteras en la investigación y el tratamiento de la diabetes a nivel internacional, ha avanzado una nueva línea de trabajo basada en la terapia celular que tiene como objetivo la curación de la enfermedad.

Esta aventura comienza en 1923, cuando Nordisk Insulin Laboratorium comienza a producir insulina en Europa después de que August y Marie Krogh importaran a Dina-

marca desde Canadá la técnica de extracción y purificación. En la década de los 40, Novo Nordisk inicia la producción de insulina en sus instalaciones.

De forma paralela, continúan las investigaciones con los pacientes que tienen diabetes para conseguir diferentes tipos de insulina que mejoren la calidad de vida de las personas afectadas. Por ejemplo, en 1946 la insulina NPH (Neutral Protamine Hagedorn) tiene un efecto más prolongado, por lo que se reduce el número de inyecciones necesarias.

En los años 60 comienza a investigarse un tipo de insulina adaptado a cada tipo de diabetes, especialmente en diabetes tipo 2, que es la más frecuente. También se producen avances en los dispositivos necesarios para controlar la glucosa en sangre.

En 1982, la insulina se convierte en la primera proteína terapéutica creada mediante el uso de tecnología recombinante de ADN. Se trata de una ‘insulina humana’, altamente purificada, que puede producirse en cantidades ilimitadas.

También en la década de los 80, Novo Nordisk presenta la primera pluma de insuli-



na, que elimina la necesidad de utilizar jeringas de cristal. De esta forma, es posible autoadministrarse la dosis correcta de insulina cuando es necesario.

Agonistas del GLP-1 e inhibidores de los SGLT-2

Ya en el siglo XXI Novo Nordisk colabora activamente en el desarrollo de nuevas opciones terapéuticas que van más allá del control glucémico: los agonistas del GLP-1. Las investigaciones consiguen mejorar la efectividad de estos fármacos. Y, recientemente, se presenta por primera vez un péptido sintetizado en una píldora que proporcionará un tratamiento temprano en diabetes tipo 2 para cambiar el curso de la enfermedad y evitar la aparición de complicaciones asociadas al mal control terapéutico.

Klaus Langhoff-Roos, vicepresidente corporativo de la Unidad de Células Madre de Novo Nordisk, ha comentado que “el descubrimiento de la insulina y los posteriores avances han supuesto una revolución para clínicos e investigadores”. “Hay un enorme campo de desarrollo tecnológico y biológico, de manera que los tratamientos sean cada vez más ‘inteligentes’ y adaptados a cada tipo de paciente”, ha añadido.

Abordaje de la diabetes desde Atención Primaria

Atención Primaria juega cada vez más un papel fundamental en el abordaje de la diabetes. Así lo han reconocido especialistas en la enfermedad, endocrinos, cardiólogos, etc. Sociedades científicas de Primaria han publicado diversos manuales o protocolos de actuación para facilitar el manejo de la diabetes desde la consulta de los centros de salud.

En líneas generales, el objetivo es tratar la gestión del paciente con diabetes desde una perspectiva integral, especialmente en el tipo 2. Es necesario tener en cuenta

FECHAS DESTACADAS EN 100 AÑOS DE INSULINA

1921: Frederick Banting y Charles Best, de la Universidad de Toronto (Canadá) descubren la molécula de la insulina. Estos investigadores consiguen extraer la insulina del páncreas de un perro y confirman su eficacia en los humanos. Un niño de 14 años es el primer paciente con diabetes tratado con insulina. La producción de la hormona comienza en Escandinavia.



1923: Dinamarca importa la técnica de extracción y purificación de la insulina. El laboratorio Nordisk Insulin comercializa su producción.

1930: la compañía Nordisk Insulin Laboratorium se encarga de la producción de insulina.

1940: los científicos descubren que existen varios tipos de diabetes; en concreto, la tipo 2 es la más prevalente, por lo que las investigaciones se centran en desarrollar fármacos específicos para esta variante.

1946: el descubrimiento de la insulina NPH (*Neutral Protamine Hagedorn*) mejora el tratamiento de las personas con diabetes, especialmente porque necesitan menos inyecciones.

1960: se desarrollan las primeras bombas de insulina, aunque todavía en modelos muy iniciales.

1970: la aparición del glucómetro supone otro avance destacado para las personas con diabetes, ya que les permite mejorar el autocontrol de la glucosa en sangre. La prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) se convierte en el parámetro principal para calcular la glucosa en sangre y, por tanto, valorar la evolución del paciente y los efectos del tratamiento.

1980: el uso de las bombas de insulina se generaliza. También aparecen las primeras plumas de insulina.

1982: gracias a la tecnología recombinante de ADN se consigue la primera proteína terapéutica, conocida como ‘insulina humana’.



1985: las plumas de insulina sustituyen a las jeringuillas de cristal. Son más fáciles de usar, y también más seguras. En este año aparece el primer dispositivo NovoPen.





REPORTAJE

Diabetes: de la insulina a la terapia génica



1996: surge la primera generación de análogos de la insulina. Estos aparecen a partir de las modificaciones de la estructura molecular de la insulina humana de acción rápida. Consiguen mimetizar más la liberación de insulina en el cuerpo de forma natural. Los análogos de insulina tienen una absorción más predecible, por lo que mejoran la calidad de vida de los usuarios.

2001: se aprueba el primer monitor continuo de glucosa, InDuo, que combina el dispositivo de liberación de insulina y la monitorización de azúcar en sangre.

2005: avances en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2, gracias a la aparición de los agonistas del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1).

2010: introducción de una nueva generación de análogos de insulina. Son fármacos de acción ultra prolongada que ofrecen flexibilidad, reducen el número de inyecciones y disminuyen el riesgo de hipoglucemias.

2019: se presenta el primer GLP-1 oral (píldora) para el tratamiento de la diabetes tipo 2, que elimina la necesidad de inyecciones proporcionando un óptimo control glucémico.

la opinión de todos los profesionales sanitarios involucrados durante todo el proceso asistencial.

Atención Primaria tiene la responsabilidad de trabajar para la promoción de la salud. En el ámbito de la diabetes, es clave para el diagnóstico de la enfermedad y el posterior seguimiento y continuidad asistencial, la formación del paciente, el fomento de la adherencia terapéutica, etc.

El papel de la Enfermería

La enfermera especializada en diabetes supone, por una parte, un apoyo imprescindible para el paciente, y, por otro lado, también es un soporte para el sistema sanitario. Antonio Pérez, presidente de la Sociedad Española de Diabetes (SED), ha destacado que “el número de enfermeras con formación adecuada para ayudar a las per-

sonas con esta patología es claramente deficitario”.

Por su parte, Sonia Gaztambide, presidenta de la Fundación de la SED, ha pedido un mejor acceso a la formación de la enfermera especialista en diabetes. “Actualmente, el Ministerio o los hospitales no aceptan la formación no reglada”, y, en consecuencia, tampoco reconocen “de forma suficiente la función de la enfermera educadora en diabetes”.

Acceso a la innovación

Uno de los grandes problemas de los pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios respecto al abordaje de la diabetes es

la falta de equidad en el acceso a la innovación. En muchas ocasiones, las asociaciones de pacientes han criticado que este acceso depende “del código postal”, es decir, de la comunidad autónoma, la provincia o, incluso, el hospital en el que se atiende a cada persona.

El acceso a la innovación supone una gran mejora en la calidad de vida del paciente y un mayor control de la enfermedad. Una de las reclamaciones de las personas con enfermedades crónicas es mejorar el acceso a las innovaciones terapéuticas y tecnológicas. Entre estas peticiones destaca la eliminación de las trabas burocráticas, como la necesidad de pedir visados para conseguir determinados fármacos. La Federación Española de Diabetes (FEDE) ha criticado que los visados supongan “un gran impacto negativo en el control de la enfermedad”.

En el contexto de la pandemia, muchas comunidades autónomas han suspendido de forma temporal la obligación de solicitar estos visados para la prescripción de fármacos como lo nuevos anticoagulantes, o para enfermedades como la diabetes y la epoc. Las plataformas de pacientes ya han

pedido que esta eliminación del visado sea permanente.

Financiación de los sistemas de monitorización

Entre los avances que van consiguiendo los pacientes, ha destacado

en el verano de 2021 el hecho de que el Sistema Nacional de Salud haya aprobado la financiación de los sistemas de monitorización continua de glucosa en tiempo real.

El Ministerio de Sanidad ha calculado que más de 100.000 personas con diabetes tipo 1 se beneficiarán de esta medi-

da. Así, el Consejo Interterritorial, en el que están representadas todas las autonomías y el Ministerio de Sanidad, ha decidido incluir en su cartera común de servicios los sistemas de monitorización MCG-TR.

El número de enfermeras con formación adecuada para ayudar a las personas con diabetes es claramente deficitario, dice el presidente de la SED

nales, trasplantadas en el tejido subcutáneo, para que produzcan insulina.

“Las células madre con las que trabajamos han funcionado muy bien en los ensayos con mode-

los preclínicos en animales”, ha avanzado Langhoff-Roos. Los siguientes ensayos clínicos servirán para conocer la respuesta del sistema inmune de las personas con diabetes tipo 1 ante las células beta pancreáticas. El laboratorio analiza diferentes opciones, como encapsular las células para protegerlas del sistema inmune o utilizar ‘células universales’ ■

El futuro de la investigación

Respecto al futuro de las investigaciones, Novo Nordisk tiene el objetivo de erradicar la enfermedad. Un objetivo que se sustenta sobre el desarrollo de tratamientos innovadores y dispositivos novedosos que ofrecen un abordaje global de la diabetes y proporcionan vidas mejores a los pacientes.

En este sentido, en el futuro del cuidado de la diabetes destacan las insulinas basales de administración semanal, las insulinas sensibles a la glucosa y cardioprotectora. En el corto plazo, aparecerá una nueva generación de tratamientos orales y nuevos dispositivos digitales que mejorarán el control glucémico y el seguimiento de estos pacientes. Y un paso más allá, en el medio plazo, ya se está observando que las investigaciones con terapias con células madre también están dando resultados positivos.

“Erradicar la diabetes es nuestro principal compromiso”, han dicho desde Novo Nordisk. “El objetivo es prevenir el aumento de la diabetes tipo 2 relacionada con la obesidad, así como facilitar el acceso a tratamientos innovadores para todos los pacientes, especialmente aquellos vulnerables”.

Células beta

En la actualidad, Novo Nordisk trabaja con células madre de origen embrionario para producir células beta funcio-



Documentación y fuentes

- Fundación para la Diabetes Novo Nordisk
- Cien años del descubrimiento de la insulina
- Revista Española de Cardiología (REC): Tratamiento de la diabetes mellitus: objetivos generales y manejo en la práctica clínica
- Federación Española de Diabetes (FEDE): Diabetes y acceso al tratamiento
- Revista Endocrino: El descubrimiento de la insulina
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC): La gestión del paciente diabético en el marco de la implementación de las estrategias de atención a la cronicidad en España
- El Médico Interactivo: La SED apuesta por Enfermería especializada en diabetes
- Instituto de Salud Carlos III (ISCIII): Curan con terapia génica la diabetes tipo 2 y la obesidad en ratones



ac



La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

1 de octubre



Sanidad y CC. AA. aprueban lanzar este año el Plan de Acción para la AP. El Plan toma como referencia el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, aprobado en abril de 2019 y que no ha llegado a implementarse completamente. Estará orientado a un abordaje integral de los problemas de salud más frecuentes; la práctica clínica centrada en la persona y la comunidad, considerando los determinantes sociales de la salud; la mejora de la capacidad de resolución diagnóstica; el fortalecimiento de la longitudinalidad de la atención; el crecimiento profesional; el impulso de los sistemas de información y la digitalización; el fomento de la innovación y de la investigación; y la adaptación y formación de los Recursos Humanos, garantizando la efectividad, la sostenibilidad y la calidad de la Atención Primaria. Asimismo, el acuerdo alcanzado entre Ministerio y CC. AA. recoge “adecuar” un presupuesto y desarrollo normativo para conseguir los objetivos del plan, así como trabajar en el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en la actualización y adaptación de la Formación Sanitaria Especializada de la Atención Primaria. En concreto, la declaración reivindica que la Atención Primaria “continúa siendo una de las señas de identidad del Sistema Nacional de Salud, actuando como un pilar fundamental para lograr el derecho a la protección de la salud de la población, para garantizar una atención cercana, equitativa y cohesionada en todo el territorio nacional” ■

4 de octubre

El Foro de la Profesión Médica, contra la apertura de nuevos Grados de Medicina. Desde el año 2008, el Grado en Medicina ha pasado de impartirse en 28 centros a los 44 actuales, y en 2022

puede verse incrementado la apertura de uno nuevo en Almería. Ante esto, el Foro de la Profesión Médica ha emitido un comunicado en contra de la apertura de nuevos Grados de Medicina. En el caso concreto de Almería, el Foro recuerda que en Andalucía ya existe una oferta del grado en Medicina en cinco de sus provincias. Por eso, el Foro considera que esos fondos destinados a la puesta en marcha de un nuevo grado serían más eficientes en forma de becas y ayudas para la movilidad y residencia de los estudiantes. Todo ello atendiendo a las solicitudes de mayores recursos humanos y materiales que necesitan las facultades ya existentes, que son claramente insuficientes. Desde el Foro de la Profesión ya se había advertido con anterioridad de la problemática que supone. Fruto del sentir compartido ante esta situación, tanto Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) como Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina de España (CNDFME) emitieron un documento de forma conjunta. En él analizaban la situación de cada uno de los centros, y se posicionaban en contra de la apertura de nuevas facultades y a favor de reducir los números clausus en cada uno de los centros. Este fue avalado de forma unánime por el Foro de la Profesión Médica ■



Premio Nobel de Medicina 2021. Los científicos David Julius y Ardem Patapoutian eran galardonados de forma conjunta con el Premio Nobel de Medicina 2021 por sus “descubrimientos de los receptores de la temperatura y el tacto”. Julius nació en 1955 en Nueva York (Estados Unidos), mientras que Patapoutian nació en 1967 en Beirut (Líbano). Este Nobel de Fisiología y Medicina 2021 se basa en dos cuestiones. Por un lado, Julius ha utilizado la capsaicina para identificar un sensor en las terminaciones nerviosas y Patapoutian ha usado células sensibles a la presión para descubrir una nueva clase de sensores ■



5 de octubre



En septiembre se produjo la destrucción de 13.311 empleos en el sector sanitario. Según la Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) la destrucción de empleos en el sector de la Sanidad era en setiembre de 13.311 empleos solo en el mes de septiembre, justificado por la temporalidad y el envejecimiento de las plantillas. En este sentido, CSIF reclama negociar cuanto antes la oferta de empleo público para los próximos años. Todo ello en el marco de los Presupuestos Generales del Estado. Para ello pide que se elimine la tasa de reposición, con el fin de que las comunidades autónomas puedan reforzar las plantillas más allá de las jubilaciones que se produzcan. El objetivo último de esta medida además es reducir la temporalidad ■

6 de octubre

Nobel de Química 2021. El Nobel de Química 2021 ha recaído en el alemán Benjamin List y el estadounidense David MacMillan. Estos son los responsables de una nueva herramienta precisa para la construcción molecular: la organocatálisis. Muchas áreas de investigación e industrias dependen



de la capacidad de los químicos para construir moléculas. En concreto, para que puedan formar materiales elásticos y duraderos, almacenar energía en baterías o inhibir la progresión de enfermedades. Este trabajo requiere de catalizadores, que son sustancias que controlan y aceleran las reacciones químicas, sin llegar a formar parte del producto final. Así, los investigadores creyeron durante mucho tiempo que, en principio, solo había dos tipos de catalizadores disponibles: metales y enzimas. En este contexto, los ganadores del Nobel de Química 2021 desarrollaron un tercer tipo de catálisis. Se llama organocatálisis asimétrica y se basa en pequeñas moléculas orgánicas ■

Recomendaciones y propuestas para la reorganización de las consultas de AP. la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) se pronunciaba ante el anuncio del Plan de Acción del Ministerio de Sanidad, creen que no es momento para análisis. En este sentido, recopilaba una serie de recomendaciones y propuestas para la reorganización de las consultas en los centros de salud. Las mismas están recogidas en el documento "Propuestas para la mejora de la Atención Primaria tras el inicio de la pandemia COVID-19". Estas propuestas eran remitidas tanto a la ministra de Sanidad, Carolina Darias, como a las Consejerías de Sanidad de toda España. Todo, con el objetivo de que sirvan de guía a la hora de abordar la situación crítica y de emergencia en la que se encuentra actualmente el primer nivel asistencial ■



7 de octubre

Sanidad se compromete a abordar la temporalidad de los sanitarios. Según UGT, el Ministerio de Sanidad se ha comprometido a convocar en noviembre a los agentes sociales





FUE NOTICIA

La actualidad del sector

para abordar la temporalidad en el sistema sanitario y las condiciones laborales del personal estatutario. UGT ha criticado la inactividad de los grupos de trabajo que se constituyeron en el marco del Ámbito de Negociación Estatal. Insisten en que, desde su creación, solo se han reunido el grupo de temporalidad. Sin embargo, siguen sin convocarse los de Atención Primaria, Condiciones Laborales y Grupo Social de Sindicatos de la Mesa del Ámbito sobre la actualización de funciones ■

La OMS aprueba la primera vacuna contra la malaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aprobado por primera vez en la historia el uso generalizado de una vacuna contra la malaria, que ya se ha estado utilizando como parte de un programa piloto en Ghana, Kenia o Malawi, donde se ha vacunado a más de 800.000 niños desde 2019. Ha sido desarrollada por la compañía farmacéutica GSK, y deberá administrarse en un esquema de 4 dosis en niños a partir de los 5 meses de edad para la reducción de la enfermedad y la carga de la malaria ■



8 de octubre

Sanitarios, “alto riesgo” de sufrir un trastorno mental. Un informe de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emer-

gencias (SEMES) desvela un aumento de más del 50 por ciento de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal de UCIs, Urgencias y Emergencias. También en plantas de hospitalización médica con pacientes COVID-19, y Atención Primaria y residencias existía un alto riesgo de sufrir un trastorno mental. En este sentido, la Sociedad ha liderado un proyecto para implementar un plan de actuación ante el incremento de casos de enfermedad mental atendidos en los servicios de urgencias españoles ■



11 de octubre

Nuevas partidas para los sistemas de vigilancia sanitaria. El Consejo de Ministros acuerda destinar 13 millones de euros a las comunidades autónomas para la mejora de los sistemas de vigilancia ante emergencias sanitarias. El acuerdo tiene como fin “la modernización de la Sanidad en nuestro país”. En concreto, en relación a “mejorar sus sistemas de información” ■

La mejora de la capacidad diagnóstica de AP, en los Presupuestos de 2022. La Ley de Presupuestos Generales del Estado (PGE) para el año próximo incluirán partidas finalistas concretas en Sanidad. En concreto, las dedicadas a los procesos de digitalización y la mejora de la capacidad diagnóstica en la Atención Primaria. La ministra de Sanidad, Carolina Darias, reiteraba el compromiso del Gobierno de España con la Atención Primaria, con la aprobación, antes de que termine el año, de un Plan de Acción consensuado con las Comunidades y Ciudades Autónomas ■

12 de octubre

Proyecto de Orden Ministerial de la especialidad de MFyC. El Ministerio de Sanidad sacaba a consulta pública previa la propuesta de proyecto de Orden Ministerial por la que se aprueba y se hace público el programa formativo de la especialidad de Me-



dicina Familiar y Comunitaria. Este incluye los criterios de evaluación de los especialistas en formación. También los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria. El objetivo de la consulta pública previa es mejorar la participación en el procedimiento. En concreto, para dar la respuesta más adecuada a las necesidades en esta área de formación ■

13 de octubre

Sociedades científicas reclaman un Área de Capacitación Específica en Medicina Paliativa. Lideradas por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), han remitido esta petición



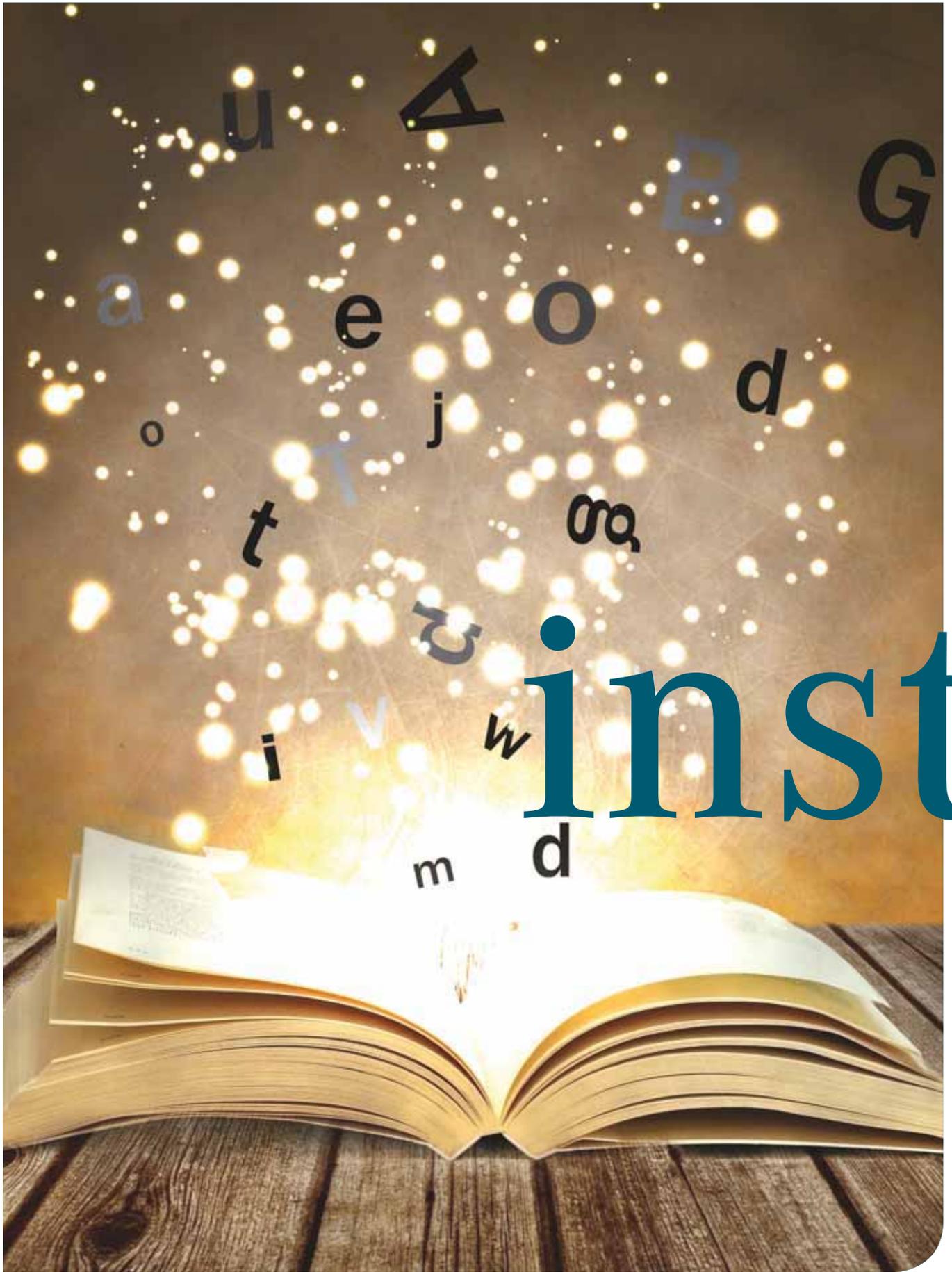
al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), al amparo del Real Decreto 07/04/2021, por el que se regula la formación transversal en Ciencias de la Salud. El objetivo es que desde estas especialidades pueda optarse a la superespecialización en Medicina Paliativa ■

20 de octubre

Semergen presenta un decálogo de medidas urgentes para reformar el SNS. La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) ha presentado un Decálogo para la Reconstrucción del Sistema Nacional de Salud con propuestas para mejorar su funcionamiento. El decálogo ha sido elaborado en base a un análisis minucioso y se presentará al Ministerio de Sanidad para su revisión. En el decálogo recogen como punto prioritario la creación de una Estrategia Global para la AP que parta de un gran pacto consensuado en el seno del Consejo Interterritorial, donde la cartera de servicios debe ser la columna vertebral de todo el sistema. También la mejora de la asignación presupuestaria y el cambio organizativo, entre otras ■



NOTA: Cronología del 1 de octubre al 25 de octubre de 2021. Para ampliar informaciones, ver: <http://www.elmedicointeractivo.com>



inst

La
antánea
médica



Dosis de refuerzo de la vacuna de Johnson & Johnson

El panel de expertos de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos ha respaldado recomendar una dosis de refuerzo de la vacuna contra la COVID-19 de Johnson & Johnson para mayores de 18 años. El Comité Asesor de Vacunas y Productos Biológicos Relacionados de la FDA ha dado luz verde a la recomendación de forma unánime para el uso de una segunda dosis al menos dos meses después de que se haya aplicado la primera. La decisión del panel de expertos se ha basado en los resultados de la fase 3 que muestran que la vacuna de refuerzo aumenta la protección al 94 por ciento contra la COVID-19 en estado moderado o grave en Estados Unidos. La recomendación de hoy se basa en la totalidad de las pruebas, con datos clínicos y del mundo real que demuestran que, si bien la vacuna única ofrece una protección fuerte y duradera, una dosis de refuerzo administrada después de la vacunación primaria de dosis única aumenta la protección, en particular contra la COVID-19 sintomático. Por otro lado, el panel de expertos de la FDA recomendó hace unos días las vacunas de refuerzo de Moderna para las personas de 65 años o más y a otros adultos de alto riesgo ■



Las vacunas contra la COVID-19 provocan una respuesta de células T

Aunque se han realizado muchos trabajos para estudiar los anticuerpos producidos en respuesta a las vacunas contra la COVID-19, se sabe menos sobre la respuesta de las células T del sistema inmunitario, que ofrecen una protección a más largo



plazo contra el virus. Ahora, los investigadores de los Institutos Gladstone (Estados Unidos) han realizado un estudio detallado de las células T antes y después de la inmunización contra la COVID-19. Una investigación, publicada en la revista científica 'eLife', concluye que tanto la vacuna de Pfizer como la de Moderna conducen a la generación de células T a largo plazo que pueden reconocer múltiples variantes del virus del SARS-CoV-2. Pero también identificaron diferencias clave en las respuestas de las células T de los individuos que habían sido infectados con COVID-19 antes de la vacunación en comparación con los que nunca habían sido infectados. "En general, nuestros datos apoyan la idea de que las vacunas provocan una respuesta de células T muy robusta en individuos sanos. Pero también sugieren que puede haber algunas formas de mejorarlas aún más, consiguiendo que más de las células T estimuladas por la vacuna se estacionen en el tracto respiratorio", explica la autora principal del estudio, Nadia Roan ■

Es prioritario vacunar a los trabajadores esenciales

En zonas donde las vacunas contra el COVID-19 son limitadas, vacunar a los trabajadores esenciales antes que a los adultos mayores puede reducir las infecciones y las muertes, según un estudio de modelización publicado en la nueva revista de acceso abierto 'PLOS Global Public Health' por Nicola Mulberry, de la Universidad Simon Fraser (Canadá). En las campañas de vacunación contra el COVID-19, muchos países están



ATERINA

SULODEXIDA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad *in vitro* a: 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula blanda contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinita A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** ATERINA está indicado en adultos. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II). **Posología y forma de administración:** *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:* Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. *Tratamiento de la úlcera venosa crónica:* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. *Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estadio II):* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de ATERINA en niños y adolescentes. No se dispone de datos. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinita A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por cápsula; esto es, esencialmente "exento de sodio". **Trazabilidad:** con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Debe interrumpirse la lactancia durante el tratamiento con ATERINA. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes ($\geq 1/10$); frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$); poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$); raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$); muy raras ($< 1/10.000$); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Cefalea. *Muy raras:* Pérdida de consciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. *Poco frecuentes:* Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. *Muy raras:* Hemorragia gástrica. *Frecuencia no conocida:* Trastorno gastrointestinal, melenas, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Erupción. *Poco frecuentes:* Eczema, eritema, urticaria. *Frecuencia no conocida:* Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** *Muy raras:* Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** *Frecuencia no conocida:* Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** *Frecuencia no conocida:* Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** *Frecuencia no conocida:* Asma. **Trastornos renales y urinarios:** *Frecuencia no conocida:* Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** *Frecuencia no conocida:* Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilcarosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetina. *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinita A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. **PVPwa:** 13,47 €. Medicamento sujeto a condiciones de prescripción médica restringida. Medicamento incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Diciembre 2020.

1. Carroll BJ, et al. *Sulodexide in venous disease.* J Thromb Haemost. 2019 Jan;17(1):31-38.



SPIRAXIN

Rifaximina- α

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamoniemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración:** **Posología:** La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. **Ancianos:** No es necesario ajustar la dosis ya que los datos sobre seguridad y eficacia de Spiraxin no mostraron diferencias entre los ancianos y los pacientes más jóvenes. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** Aunque no se prevén cambios en la dosis, hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de rifaximina en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. **Forma de administración:** Vía oral con un vaso de agua. Rifaximina puede ser administrada con o sin alimentos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la rifaximina, derivados de la rifaximina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Obstrucción intestinal. Lesiones ulcerativas intestinales graves. Diarrea complicada con fiebre o sangre en las heces y advertencias y precauciones especiales de empleo. Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DADC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DADC o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se use rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la cidofovir. Los datos clínicos han demostrado que rifaximina no es eficaz en el tratamiento de las infecciones intestinales debidas a patógenos entéricos invasivos tales como *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp.* y *Sigella spp.*, que típicamente causan diarrea, fiebre, sangre en las heces y aumento de la frecuencia de las deposiciones. Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas más de 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Se debe informar a los pacientes de que, a pesar de que la absorción del fármaco es insignificante (menos del 1%), como todos los derivados de la rifaximina, rifaximina puede causar una coloración roja de la orina. Se han notificado casos tanto de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional (en algunos casos con episodios de sangrado) en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No hay experiencia respecto a la administración de rifaximina en pacientes que estén tomando otro agente antibacteriano derivado de la rifaximina para el tratamiento de una infección bacteriana sistémica. Los datos *in vitro* muestran que rifaximina no inhibió las principales enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P-450 (CYP) (CYP3A4, CYP2C8, CYP2C9, CYP2D6, CYP2E1 y CYP3A4). En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP1A2 ni del CYP2B6 pero fue un inductor débil del CYP3A4. En sujetos sanos, los estudios clínicos de interacción de medicamentos demostraron que rifaximina no afectó significativamente la farmacocinética de los sustratos del CYP3A4, sin embargo, en pacientes con insuficiencia hepática no se puede descartar que rifaximina pueda disminuir la exposición de sustratos del CYP3A4 administrados de forma concomitante (p.ej., warfarina, antiépilepticos, antiarrítmicos, anticonceptivos orales), debido a la mayor exposición sistémica respecto a los sujetos sanos. Se han notificado tanto casos de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. Un estudio *in vitro* indicó que rifaximina es un sustrato moderado de la glicoproteína-P (P-gp) y es metabolizada por el CYP3A4. Se desconoce si los medicamentos concomitantes que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición sistémica de rifaximina. En sujetos sanos, la coadministración de una dosis única de cidofovir (600 mg), un potente inhibidor de la glicoproteína-P, junto con una dosis única de rifaximina (550 mg) produjo un incremento en la media de la C_{max} y el AUC₀₋₂₄ de rifaximina de 83 y 124 veces, respectivamente. La relevancia clínica de este incremento en la exposición sistémica es desconocida. La posibilidad de que se produzcan interacciones entre medicamentos a nivel de los sistemas transportadores ha sido evaluada *in vitro*, y estos estudios indican que es poco probable que se produzca una interacción clínica entre rifaximina y otros compuestos que son eliminados por la vía de la P-gp y de otras proteínas de transporte (MRP2, MRP4, BCRP y BSEP). En caso de administración de carbón activo, rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de dicha administración. **Fertilidad, embarazo y lactancia:** **Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales mostraron efectos transitorios en la osificación y variaciones esqueléticas en el feto (ver sección 5.3). La relevancia clínica de estos hallazgos en humanos se desconoce. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de rifaximina durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños lactantes. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad masculina y femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se han notificado casos de mareo y somnolencia en estudios clínicos controlados. Sin embargo, la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas: Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos controlados y doble ciego o estudios de farmacología clínica, los efectos de rifaximina han sido comparados con placebo y con otros antibióticos, por lo tanto se dispone de datos de seguridad cuantitativos. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Experiencia post-marketing:** Durante el uso posterior a la aprobación de rifaximina se han reportado más efectos adversos. La frecuencia de estas reacciones no es conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas consideradas al menos posiblemente relacionadas con rifaximina, se han ordenado de acuerdo con la clasificación de órganos del sistema MedDRA y con la frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen mediante la siguiente convención: Muy frecuentes ($> 1/10$); Frecuentes ($> 1/100$ a $< 1/10$); Poco frecuentes ($> 1/1.000$ a $< 1/100$); Raras ($> 1/10.000$ a $< 1/1.000$); Muy raras ($< 1/10.000$); Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis, herpes simple, nasofaringitis, faringitis, infección de las vías respiratorias superiores. Frecuencia no conocida: Infección por *Clostridium*. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. Frecuencia no conocida: Trombocitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico:** Frecuencia no conocida: Reacciones anafilácticas, hipersensibilidad. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños normales, depresión, nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hiposteasia, migraña, parestesia, cefalea sinus, somnolencia. Frecuencia no conocida: Presincope. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Dolor de oído, vértigo. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor orofaríngeo, rinorrea. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, desórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, hematocque, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. Frecuencia no conocida: Anomalías en las pruebas de función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Erupciones, sarcúpulos y exantema, quemaduras solares. Frecuencia no conocida: Angioedema, dermatitis, dermatitis exfoliativa, eczema, eritema, prurito, púrpura, urticaria. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquuria, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor y malestar, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Exploraciones complementarias:** Frecuencia no conocida: Relación Normalizada Internacional anormal. **Notificación de sospecha de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es. **Sobredosis:** En estudios clínicos realizados en pacientes con diarrea del viajero, se han tolerado dosis de hasta 1.800 mg/día sin sufrir ningún signo clínico grave. Incluso en pacientes/sujetos con una flora bacteriana intestinal normal, rifaximina en dosis de hasta 2.400 mg/día durante 7 días no dio lugar a ningún síntoma clínico relevante relacionado con la dosis alta. En caso de sobredosis accidental se recomiendan tratamientos sintomáticos y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilamón sódico (tipo A) (de patata), Diacetato de glicerol, Silice coloidal anhidra, Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-464), Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edetato de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Periodo de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC/PE-PVDC/Aluminio, en cajas de 12 o 24 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma, S.p.A., Via Ragazzi del 99, n.5 - 40133 Bolonia, Italia. **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. **PVPwa:** 9,21 €. Con receta médica. Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Octubre 2018.

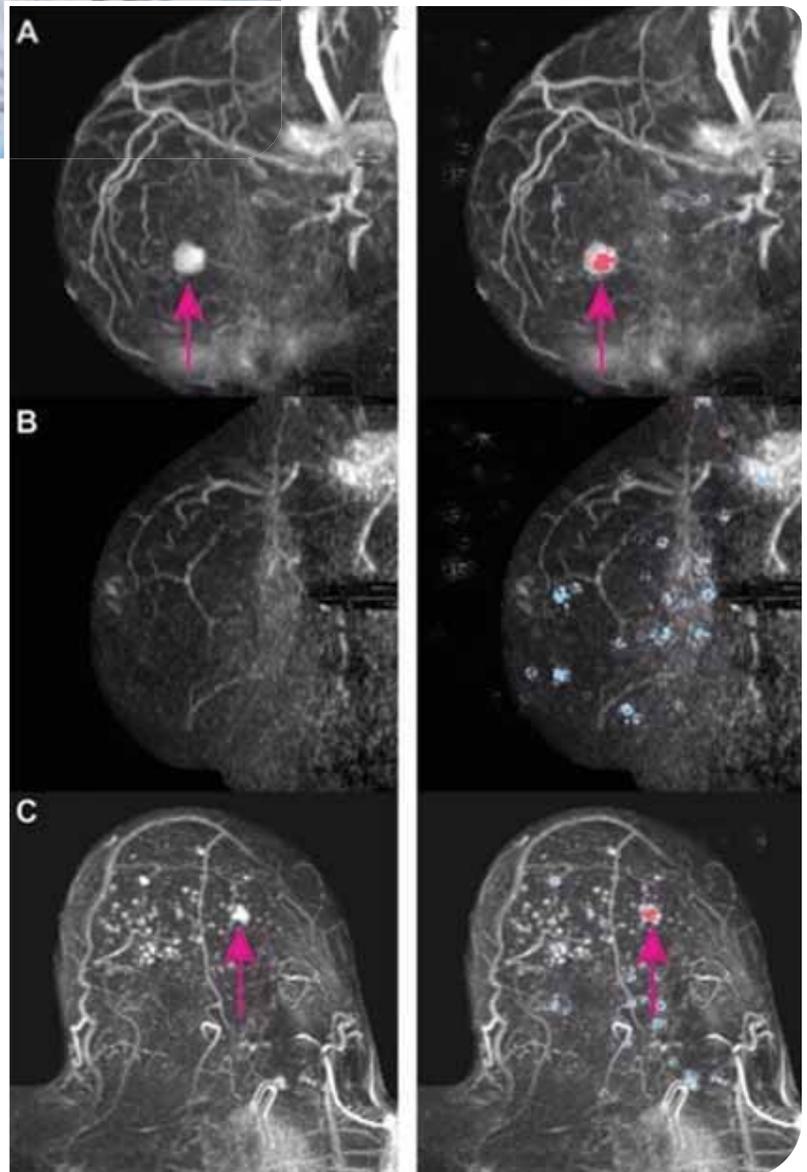


de trabajo de los radiólogos. Solo en los Países Bajos, cerca de 82.000 mujeres podrían ser elegibles para el cribado mamario bianual por resonancia magnética en función de la densidad mamaria. El enfoque puede utilizarse en primer lugar para ayudar a los radiólogos a reducir el tiempo total de lectura. En consecuencia, se podría disponer de más tiempo para centrarse en los exámenes de RM de mama realmente complejos". Los investigadores planean ahora validar el modelo en otros conjuntos de datos y desplegarlo en posteriores rondas de cribado del ensayo DENSE ■

utilizando estrategias de difusión basadas en la edad, lo que refleja el mayor riesgo de resultados graves de las infecciones en los adultos mayores. Sin embargo, a medida que surgen nuevos datos sobre la eficacia de las vacunas aprobadas contra el COVID-19 para reducir la infección y la transmisión, así como para minimizar los resultados graves y el "COVID largo", es necesario reevaluar las estrategias de distribución de la vacuna. El equipo descubrió que, en una serie de escenarios de transmisión de COVID-19 y de eficacia de la vacuna, la vacunación de los trabajadores esenciales antes da lugar a grandes reducciones de las infecciones, las hospitalizaciones, las muertes y los casos de COVID prolongado ■

Inteligencia artificial para el diagnóstico de cáncer de mama

Un sistema automatizado que utiliza la inteligencia artificial (IA) puede cribar rápidamente y con precisión las resonancias magnéticas de mama en mujeres con mamas densas para eliminar las que no tienen cáncer, liberando a los radiólogos para que se centren en casos más complejos, según un estudio publicado en la revista 'Radiology'. El sistema de triaje basado en la IA tiene el potencial de reducir significativamente la carga





Disfruta de un renting completo y flexible
con tu seguro de coche.



Desde hoy, nuestros profesionales sanitarios tendrán la oportunidad de disfrutar,
con su seguro de coche, de un producto innovador de renting.

Infórmate | 900 82 20 82
en: | www.amaseguros.com

Servicio prestado por ALD Automotive

A.M.A. MADRID Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 43 47 00 madrid@amaseguros.com
A.M.A. MADRID (Hilarión) Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com
A.M.A. MADRID (Leganés) Avda. Doctor Martín-Vegué Jaudanes,16 Tel. 911 75 03 33 leganes@amaseguros.com
A.M.A. MADRID (Villanueva) Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

www.amaseguros.com

900 82 20 82 / 913 43 47 00

Síguenos en     

y en nuestra APP 



¿Piensas en cómo vincularte más con tu Barrio?

Lograr una farmacia más imprescindible para todos
UNIENDO lo Sanitario y lo Social



Ya lo estamos haciendo.

En tan sólo 4 meses, ¡¡¡las farmacias farmaSOLIDARIA han compartido más de 1.500 Momentos Solidarios de sus clientes/pacientes!!!

Nosotros nos encargamos de todo, desarrollar los proyectos, los convenios con las entidades sociales, gestionar los certificados de donación, poner en marcha el sistema de recaudación, “vestir” tu farmacia para potenciar la comunicación,...

Súmate y descubre cómo puedes PARTICIPAR.



Conoce que:

farmaSOLIDARIA es independiente, el 100% del programa se sostiene gracias a las cuotas de sus farmacias MIEMBROS, y el 100% de las donaciones recogidas van a los proyectos Solidarios.

Si quieres AYUDAR en tu Barrio avísanos:

Web: www.farmasolidaria.com
Email: info@farmasolidaria.com
Tf: 606 406 967